

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



***“SOCORRO, ESTOU A ENVELHECER”*. A RELAÇÃO ENTRE A AUTO-  
PERCEÇÃO DO ENVELHECIMENTO, A CONDIÇÃO FÍSICA E A SAÚDE:  
O GÉNERO E A IDADE**

**Ana Filipa Casquilho Ferreira**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde – Núcleo de Psicologia Clínica  
Dinâmica)**

**2014**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



***“SOCORRO, ESTOU A ENVELHECER”*. A RELAÇÃO ENTRE A AUTO-  
PERCEÇÃO DO ENVELHECIMENTO, A CONDIÇÃO FÍSICA E A SAÚDE:  
O GÉNERO E A IDADE**

**Ana Filipa Casquilho Ferreira**

**Dissertação Orientada pela Prof. Doutora Maria Eugénia Duarte Silva**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde – Núcleo de Psicologia Clínica  
Dinâmica)**

**2014**

*“Life is a series of experiences, each one of which makes us bigger, even though sometimes it is hard to realize this. For the world was built to develop character, and we must learn that the setbacks and grieves which we endure help us in our marching onward.”*

(Henry Ford)

## **Agradecimentos**

*À Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva pela disponibilidade, compreensão, apoio e ensinamentos transmitidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.*

*À Dra. Manuela Peleteiro que autorizou a recolha da amostra no Centro de Saúde de Benfica e à Dra. Hermínia Carvalho que estabeleceu o contacto com a Diretora-Executiva do ACES Lisboa Norte e com os coordenadores das diversas unidades funcionais.*

*A todos os participantes do estudo que partilharam um pouco de si e das suas vivências e que se mostraram tão disponíveis para colaborar na realização deste trabalho.*

*À minha família, namorado e amigos que me apoiaram nesta longa jornada, escutaram as minhas dúvidas e incertezas, colaboram e contribuíram sempre que necessário e me incentivaram a lutar pelos meus sonhos e objetivos.*

*Foi um percurso que não se fez só. Reconheço e agradeço a todos aqueles que de uma forma ou de outra estiveram presentes.*

## Resumo

O presente trabalho refere-se ao estudo da relação entre a auto-perceção do envelhecimento e a auto-perceção da saúde e da condição física, numa amostra de adultos de meia-idade e idosos, inseridos na comunidade. Tem como objetivos: (1) a caracterização da amostra quanto à auto-perceção do envelhecimento e (2) quanto à auto-perceção da condição física e de saúde; (3) a análise da relação entre a auto-perceção do envelhecimento e a auto-perceção da condição física e de saúde; (4) a exploração da relação entre a identidade de idade e a auto-perceção do envelhecimento, a condição física e de saúde; (5) e a análise da associação entre a idade cronológica, a idade percebida e a idade desejada. Foram utilizados três instrumentos: Questionário Sociodemográfico; Questionário de Percepções de Envelhecimento (Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007), traduzido e adaptado em Portugal por Claudino (2007); e Questionário de Atividade Física e Saúde, inspirado no *SF-36 Health Survey* (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993/2000), no *Global Physical Activity Questionnaire* (OMS, 2002) e no *Projecto DIA – Da Incapacidade à Actividade: O desafio do envelhecimento* (Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2006). Participaram neste estudo 73 indivíduos, de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 42 e os 84 anos. Os resultados demonstraram que a amostra evidencia, na sua generalidade, uma boa auto-perceção do envelhecimento, da condição física e da saúde, embora se registem valores tendencialmente mais elevados, todavia nem sempre significativos, no género feminino e nos adultos de idade mais avançada. Na relação entre variáveis, observou-se uma associação entre a idade percebida e as auto-percepções do envelhecimento, da condição física e de saúde, assim como uma relação entre as duas últimas variáveis enumeradas. Verificaram-se, igualmente, associações significativas entre a idade cronológica, a idade percebida e a idade desejada.

*Palavras-Chave:* auto-perceção do envelhecimento, auto-perceção da condição física e de saúde, meia-idade, idosos, idade cronológica, idade percebida, idade desejada

## Abstract

The present research concerns the study of the relationship between self-perception of aging and self-perception of physical condition and health, in a sample of middle-age and older adults, inserted in the community. The aims of this study are: (1) the characterization of self-perception of aging, (2) physical condition and health in the sample; (3) the relationship between self-perception of aging, physical condition and health; (4) the relationship between subjective age and the self-perception of age, physical condition and health; (5) and the relationship among chronological age, subjective age and desired age. Three different instruments were used: Social-demographic Questionnaire; Aging Perceptions Questionnaire (Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007), translated and adapted in Portugal by Claudino (2002); and Physical Activity and Health Questionnaire, inspired in the *SF-36 Health Survey* (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993/2000), in *Global Physical Activity Questionnaire* (WHO, 2002) and in *DIA Project – From Incapacity to Activity: The aging challenge* (Adults and Aging Training and Investigating Unit of Abel Salazar Biomedical Sciences Institute, Oporto University, 2006). Seventy-three (73) subjects of both genders, 42 to 84 years old, participated in this study. The results showed that the sample demonstrates, in general, a good self-perception of aging, physical condition and health, although there are tendentially higher values, however not always significant, in females and in older adults. Given the relational variables, it was possible to verify an association between subjective age and self-perceptions of aging, physical condition and health, as well as a connection between the two last items mentioned. It was also verified a significant link among chronological aged, subjective age and desired age.

*Key words:* self-perception of aging, self-perception of physical condition and health, middle-age, older adults, chronological age, subjective age, desired age

## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1. Contextualização Teórica.....</b>	<b>3</b>
1.1 Meia-Idade .....	3
1.2 Envelhecimento.....	4
1.3 Perceções de Envelhecimento .....	8
1.4 Perceções de Saúde .....	12
1.5 Atividade Física .....	14
1.6 Idade Subjetiva.....	17
<b>Capítulo 2. Objetivos e Hipóteses do Estudo .....</b>	<b>20</b>
<b>Capítulo 3. Metodologia .....</b>	<b>22</b>
3.1 Participantes .....	22
3.2 Instrumentos.....	23
3.2.1 Questionário Sociodemográfico .....	24
3.2.2 Questionário de Atividade Física e Saúde (QAFS) .....	24
3.2.3 Questionário de Perceções de Envelhecimento (QPE).....	25
3.3 Procedimento Geral.....	27
3.4 Procedimento Estatístico .....	28
<b>Capítulo 4. Resultados.....</b>	<b>29</b>
4.1 Caracterização da auto-perceção do envelhecimento na amostra total.....	29
4.1.1 Caracterização da auto-perceção do envelhecimento em função da idade.....	29
4.1.2 Caracterização da auto-perceção do envelhecimento em função do género .....	31
4.1.3 Caracterização da auto-perceção do envelhecimento em função das mudanças percebidas na saúde e atribuição das mesmas ao processo de envelhecimento .....	32
4.2 Caracterização da auto-perceção da atividade física e da saúde na amostra total.....	36
4.2.1 Caracterização da auto-perceção da condição física e da saúde em função da idade .....	36

4.2.2	Caracterização da auto-percepção da condição física e da saúde em função do género.....	37
4.2.3	Análise da relação entre itens das subescalas auto-percepção da condição física e auto-percepção da saúde do QAFS.....	37
4.3	Resultados Correlacionais.....	38
4.3.1	Análise da relação entre as mudanças percebidas na saúde e a auto-percepção do estado de saúde atual .....	39
4.3.2	Análise da relação entre as mudanças percebidas na saúde e a auto-percepção da condição física .....	40
4.3.3	Análise da relação entre a auto-percepção do envelhecimento e a auto-percepção da condição física e de saúde.....	41
4.3.4	Análise da relação entre a idade cronológica, a idade percebida e a idade desejada.....	42
4.4	Análise das subescalas do QPE e do QAFS em função da idade percebida .....	43
<b>Capítulo 5. Discussão.....</b>		<b>45</b>
5.1	Caracterização da auto-percepção do envelhecimento .....	45
5.2	Caracterização da auto-percepção da condição física e de saúde .....	47
5.3	Correlação entre a auto-percepção do envelhecimento e a auto-percepção da condição física e de saúde .....	49
5.4	Análise das diferenças entre o QPE e o QAFS em função da idade percebida .....	50
5.5	Correlação entre a idade cronológica, a idade percebida e a idade desejada.....	51
<b>Conclusão .....</b>		<b>53</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>		<b>56</b>
<b>ANEXOS .....</b>		<b>63</b>



## Índice de Quadros

<b>Quadro 1</b> – Caracterização sociodemográfica da amostra (frequências e percentagens).....	23
<b>Quadro 2</b> – Caracterização da auto-perceção do envelhecimento na amostra total .....	29
<b>Quadro 3</b> – Caracterização da auto-perceção do envelhecimento em função da idade .....	30
<b>Quadro 4</b> – Caracterização da auto-perceção do envelhecimento em função do género .....	31
<b>Quadro 5</b> – Caracterização da auto-perceção do envelhecimento em função das mudanças percebidas na saúde e atribuição das mesmas ao envelhecimento .....	32
<b>Quadro 6</b> – Experiência de mudanças na saúde e atribuição dessas mudanças ao envelhecimento em função da idade.....	34
<b>Quadro 7</b> – Experiência de mudanças na saúde e atribuição dessas mudanças ao envelhecimento em função do género .....	35
<b>Quadro 8</b> – Caracterização da auto-perceção da condição física e da saúde na amostra total .....	36
<b>Quadro 9</b> – Caracterização da auto-perceção da condição física e da saúde em função da idade.....	36
<b>Quadro 10</b> – Caracterização da auto-perceção da condição física e da saúde em função do género .....	37
<b>Quadro 11</b> – Análise correlacional entre a funcionalidade, a existência de problemas de saúde diagnosticados e as subescalas do QAFS .....	38
<b>Quadro 12</b> – Análise correlacional das mudanças percebidas na saúde e a auto-perceção do estado de saúde atual .....	39
<b>Quadro 13</b> – Análise correlacional das mudanças percebidas na saúde e da auto-perceção da condição física atual .....	41
<b>Quadro 14</b> – Análise correlacional da auto-perceção do envelhecimento, da auto-perceção da condição física e de saúde .....	42
<b>Quadro 15</b> – Análise correlacional da idade cronológica, idade percebida e idade desejada .....	42
<b>Quadro 16</b> – Análise correlacional da idade cronológica, idade percebida e idade desejada em função do género.....	43
<b>Quadro 17</b> – Caracterização da amostra em estudo em função dos grupos da idade percebida.....	43

## **Índice de Anexos**

<b>Anexo 1.</b> Questionário Sociodemográfico .....	64
<b>Anexo 2.</b> Questionário de Atividade Física e Saúde .....	69

## **Introdução**

O envelhecimento, ao contrário do que é entendido de forma estereotipada pela sociedade, é um processo individual que se inicia logo após o nascimento, variando de indivíduo para indivíduo, sendo influenciado quer pelos aspetos genéticos e biológicos, quer pelas experiências pessoais, pelo contexto e pelas situações a que as pessoas se expõem ao longo do seu ciclo de vida.

Uma vez que se trata de um fenómeno que varia consoante a época e o contexto histórico-cultural, mas também de acordo com as idiossincrasias de cada sujeito, poder-se-á afirmar que, apesar de se registar um aumento do declínio quer na saúde física (e.g., autonomia e funcionalidade), quer na mental (e.g., perdas de memória), não existe um conjunto de fatores ou etapas pelas quais as pessoas tenham que passar de forma equivalente e generalizada para se considerar que estão a envelhecer.

Devido ao acréscimo acelerado de adultos de idade avançada que se tem registado na nossa sociedade e às repercussões que se refletem na economia, sustentabilidade e saúde pública do país, torna-se urgente redefinir o papel do idoso, alterar as perceções de envelhecimento junto da população e apelar para o desenvolvimento de um envelhecimento bem-sucedido, promovendo uma melhoria da saúde, do bem-estar e da satisfação com a vida na velhice. Para que tal seja possível, dever-se-á dedicar mais atenção ao fenómeno de envelhecimento, examinando não apenas o declínio, estereótipos e crenças negativas acerca do mesmo, como também os ganhos e perspetivas positivas.

Sendo que, quer a saúde objetiva (física e mental), quer a subjetiva poderão ter um impacto neste fenómeno e nas escolhas que o adulto de idade avançada fará, importa analisar, em conjunto com as perceções de envelhecimento, as perceções da condição física e de saúde e a forma como afetam a idade subjetiva e a visão que o indivíduo detém acerca do seu processo de envelhecimento, para que seja possível compreendê-lo, assim como às conceções existentes acerca do mesmo, e intervir junto da promoção da saúde e da prática de atividade física.

No que concerne à estruturação, o presente trabalho organiza-se em seis capítulos. No primeiro, apresenta-se a contextualização teórica onde, com base na revisão bibliográfica, se exploram conceitos como a meia-idade, o envelhecimento, as perceções de envelhecimento, as perceções de saúde, a atividade física e a idade subjetiva. No segundo capítulo, enunciam-se os objetivos do estudo e as hipóteses formuladas. No terceiro capítulo, procede-se à descrição da metodologia utilizada,

englobando a caracterização da amostra, a descrição dos instrumentos utilizados, o processo de recolha de dados e o procedimento estatístico para análise dos mesmos. No quarto capítulo, procede-se à apresentação dos resultados, ocorrendo, no quinto capítulo, a discussão geral do trabalho. Finalmente, no último ponto do presente trabalho, contemplam-se as conclusões finais e as limitações do estudo, formulando-se ainda algumas sugestões relativamente a futuros trabalhos e investigações na área.

## **Capítulo 1. Contextualização Teórica**

### **1.1 Meia-Idade**

A vida adulta é um período que envolve uma alteração de papéis ao nível das relações, objetivos de vida, escolhas e responsabilidades (Maughan & Champion, 1990). Aos 40 anos, idade entendida como o meio da vida (Lidz, 1980), começam a surgir os primeiros indícios de envelhecimento, que pressupõem uma alteração da imagem construída no próprio self e um luto pela juventude outrora vivida, começando, nesta fase, a surgir o receio de envelhecer, associado à perda de saúde e vitalidade (Fagulha, 2009).

Estas alterações registam-se ao nível fisiológico (e.g., aparecimento das primeiras rugas e cabelos brancos, diminuição da energia física, perda gradual da densidade óssea, diminuição da força muscular, deterioração da capacidade visual e auditiva e menor resistência a esforços físicos), neurológico (e.g., declínio nas capacidades de memória e de aprendizagem), biológico (e.g., perda da função reprodutora nas mulheres, surgimento de algumas doenças) e social (e.g., alteração dos papéis anteriormente desempenhados) (Ballesteros, 2002; Barros de Oliveira, 2010; Duarte Silva, 2005; Fagulha, 2009; Koropecjy-cox, Pienta, & Brown, 2007; Rowe & Kahn, 1997).

Uma vez que estas alterações não são estáticas, existem indivíduos que nesta fase se sentem mais próximos da terceira idade, nomeadamente devido ao confronto com a autonomização dos filhos, o que pode conduzir a uma ambivalência entre o sentimento de ninho vazio, onde é necessário elaborar o luto pela infância dos filhos, e o de realização ao verem o seu dever como pais cumprido (Fagulha, 2009). Conformemente, ao se depararem com o aparecimento das primeiras alterações biológicas (que podem ser entendidas como perdas de uma parte do seu self), com a perda das próprias figuras parentais e de entes na mesma faixa etária, com situações de desemprego, de reforma antecipada, de divórcio e de viuvez, começam a desenvolver uma visão mais negativa do seu envelhecimento. Em contrapartida, outros adultos de meia-idade, ao desfrutarem da parentalidade pela primeira vez e de um crescente sucesso no trabalho, desenvolvem uma identidade de idade mais jovem (Brown, Jackson, & Faison, 2006; Degges-White & Myers, 2006 cit. por Fagulha, 2009; Fagulha, 2009).

A meia-idade poderá, então, ser entendida como um período, entre a juventude e a velhice, entre a generatividade e a estagnação, onde se pode registar, para além de um decréscimo do sentimento de procura de conhecimento, de crescimento pessoal e de interesse em atividades menos relevantes para o indivíduo (Erikson, 1998), um confronto com as perdas e com o envelhecimento (e.g., nesta fase de vida o indivíduo envolve-se na prestação de cuidados da geração mais envelhecida, detendo mais obrigações e responsabilidades económicas, laborais e familiares). Todavia, poderá ser também considerada como um período de ganhos onde se procede a um balanço do passado e prospeção do futuro possível - uma avaliação do percurso de vida e de objetivos que o indivíduo ainda deseja alcançar, passando pela elaboração, aceitação e adaptação ao processo de envelhecimento (Fagulha, 2005, 2009).

Contudo, apesar destas alterações, com o aumento da esperança média de vida, a maioria dos indivíduos chega à idade da reforma, isto é aos 66 anos<sup>1</sup> (marco que pode ser determinado, em termos sociais, como a passagem da meia-idade para a terceira idade), sem evidenciar quaisquer sinais de declínio. Porém, esta retirada da vida laboral, mediante os estereótipos de envelhecimento elaborados pela sociedade atual, exige uma adaptação a esta nova condição o que, para além de colocar algumas exigências e dificuldades a alguns indivíduos, poderá ter um impacto no seu self, conduzindo a um aumento do sentimento de deixar de ser necessário, incompetência, falta de pertença e estagnação (Erikson, 1986, 1998), o que influenciará a forma como o indivíduo perceciona a sua saúde e o seu próprio processo de envelhecimento.

## **1.2 Envelhecimento**

O envelhecimento, erradamente considerado como um fenómeno unitário e homogéneo (Hurd, 1999), deve ser entendido como um processo contínuo, que engloba o desenvolvimento biológico, psicológico e social dos indivíduos, sendo necessária uma adaptação constante a estas mudanças (Paúl & Fonseca, 1999; Schulz & Heckhausen, 1996).

Dada a relevância do contexto, envelhecer nos anos 70, década onde se registou um aumento da população jovem devido ao acréscimo do número de imigrantes e ao aumento da taxa de natalidade, o que contribuía para o aumento da produtividade do país, terá sido certamente diferente do que é envelhecer atualmente no século XXI, onde

---

<sup>1</sup> Idade da reforma, decretada pelo Governo Português, em vigor desde Janeiro de 2014.

se regista um número de pensionistas reformados superior ao número de jovens, o que poderá conduzir a um aumento dos custos com cuidados de saúde (e.g., internamentos, medicação e tratamentos) e ao consequente acréscimo das dificuldades económicas e sociais.

Considerando este cenário, nos últimos anos, fruto das alterações que têm ocorrido não só a nível nacional, como mundial, tem-se vindo a registar um fenómeno de duplo envelhecimento caracterizado por uma diminuição da taxa de natalidade (derivada, em parte, da melhoria dos recursos de saúde e do investimento nos métodos contraceptivos), e consequente diminuição da população jovem, e um aumento da esperança média de vida (resultante dos avanços registados na medicina e na ciência que conduziram a uma melhoria dos recursos de saúde e ao aumento da informação disponível relativamente aos mesmos), contribuindo para o incremento da população adulta idosa (INE, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), em 2010, estimou-se que a população mundial de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos rondaria os 524 milhões, representando cerca de 8% da população mundial, prevendo-se que, em 2050, este número sofra um elevado acréscimo, rondando os 1.5 biliões de pessoas (cerca de 16% da população).

Estima-se, deste modo, conforme estipulado pela OMS (2002, 2011), que com o passar dos anos, nos países desenvolvidos, diminua o número de mortes por doenças infecciosas e aumente o número de pessoas portadoras de doenças crónicas e degenerativas, tais como doenças oncológicas e cardiovasculares, diabetes e demência. Este fenómeno, juntamente com o declínio físico e/ou cognitivo, conduz, com o decorrer dos anos, ao aumento da dependência destes idosos da família e/ou de apoios sociais (e.g., lares de terceira idade, cuidados continuados, hospitais).

Posto isto, atendendo ao aceleramento do envelhecimento da população e partindo do pressuposto de que os jovens de hoje serão os adultos de amanhã, torna-se premente compreender o processo de envelhecimento, desmitificar os estereótipos associados ao mesmo e promover o envelhecimento bem-sucedido (também denominado ótimo e ativo). Este último baseia-se na manutenção de um estilo de vida saudável e no envolvimento em atividades estimulantes (Baltes & Baltes, 1990), na prevenção da incapacidade e doença, na promoção e otimização da saúde e do funcionamento (físico e mental), na participação ativa na sociedade (e.g., prática de voluntariado e conservação de relações próximas, quer familiares, quer sociais,

significativas), na prestação de cuidados adequados, na melhoria da segurança (OMS, 2002), na compensação das funções cognitivas, afetivas e de personalidade (Ballesteros, Caprara, & García, 2004) e na melhoria da qualidade de vida e do bem-estar (Ballesteros, 2009), o que promoverá a independência e autonomia do sujeito.

Todavia, este envelhecimento bem-sucedido, para além de ser determinado por fatores individuais, é também influenciado por fatores sociais, culturais e económicos. Assim, numa sociedade onde predomina uma visão do envelhecimento baseada na doença e nos seus sintomas, regista-se uma diminuição dos fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido e do investimento na promoção e prevenção da saúde (OMS, 2002), destacando-se um foco nos aspetos negativos e declínio. Perante este confronto, os indivíduos que se centram nestes aspetos mais depreciativos do envelhecimento e que, consequentemente, identificam mais perdas e consequências negativas associadas ao mesmo, têm uma maior predisposição para desenvolverem uma menor perceção de controlo do seu processo de envelhecimento, considerando, deste modo, que a tomada de decisão, o envolvimento nas tarefas desejadas e o evitamento das indesejadas está fora do seu alcance (Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007).

Para que se promova, então, um envelhecimento bem-sucedido e um envolvimento com o mesmo, é necessário reformular a conceção e a visão que a sociedade detém acerca desta etapa do ciclo de vida, iniciando estas mudanças pela eliminação das crenças e dos estereótipos pejorativos em torno do envelhecimento.

Portugal, situado na cauda da Europa, sofre também com o envelhecimento da população, tendo-se registado, na última década, um aumento de 29% da população com mais de 69 anos de idade, existindo, em 2011, cerca de 68% com mais de 30 anos, dentro dos quais 14% correspondiam à população com mais de 70 anos de idade (INE, 2012). Derivado destes dados, constatou-se que a esperança média de vida ronda atualmente os 79.78 anos, sendo de 76.67 anos para os homens e de 82.59 anos para as mulheres (INE, 2013).

Dado que, como já se constatou anteriormente, o envelhecimento é considerado como um processo contínuo ao longo do desenvolvimento, desde o nascimento até à morte, de acordo com as teorias do ciclo de vida dever-se-á atender não apenas ao momento presente, como também às experiências e acontecimentos prévios e perspetivas para o futuro, sendo estas um fator determinante deste fenómeno (Baltes, 1987; Cavanaugh, 1997; Maughan & Champion, 1990; Schulz & Heckhausen, 1996;



Vaillant, 1990). Deste modo, segundo Erikson (1986, 1998), esta etapa pode ser vista como uma fase de introspecção sobre as experiências passadas, mas também de reorganização das prioridades pessoais, onde o indivíduo tenta integrar formas maduras de esperança, propósito, competência e sabedoria, tendo presente a perda progressiva de autonomia com o aproximar do fim da vida.

Segundo as teorias do ciclo de vida, considera-se que, ao longo do desenvolvimento, os indivíduos se deparam com inúmeras situações de ganhos e perdas (Baltes, 1987; Baltes & Baltes, 1990). Numa primeira fase, nomeadamente na infância, os ganhos são superiores às perdas (e.g., a criança aprende a gatinhar, a andar, a falar, etc.); contudo, na idade adulta, mais concretamente na terceira e quarta idade, verifica-se um predomínio de perdas (e.g., declínio da memória, da autonomia, da funcionalidade, perda significativa de papéis, surgimento de doenças crónicas, etc.), sobre os ganhos (Ballesteros, 2002; Baltes, 1987; Daatland, 2007). Todavia, de acordo com o modelo de seleção, otimização e compensação, à medida que as pessoas envelhecem e começam a registar algum declínio em determinadas funções, poderão investir nas capacidades que ainda são capazes de desempenhar de forma independente, selecionando as oportunidades que desejam alcançar, distribuindo ponderadamente os recursos internos e externos necessários para a concretização das mesmas, tentando, deste modo, otimizá-las e compensar as perdas registadas na funcionalidade, derivadas do processo de envelhecimento (Baltes, 1987; Baltes & Baltes, 1990; Freund & Baltes, 1998).

Ao considerar-se o envelhecimento dever-se-á, para um melhor entendimento, diferenciar o envelhecimento normal, ótimo e patológico, uma vez que indivíduos com a mesma idade poderão, como já se verificou, ter experiências e perspetivas diferentes do processo. O envelhecimento normal caracteriza-se pelo envelhecimento sem qualquer patologia mental ou biológica; no patológico, pelo contrário, verifica-se um predomínio de doenças; e o ótimo refere-se a um envelhecimento com pouca probabilidade de ocorrência de doença e incapacidade, onde as capacidades biológicas e psicológicas permitem uma boa adaptação ao processo, traduzindo uma satisfação com o mesmo (Baltes & Baltes, 1990).

Contudo, dever-se-á ter em conta que, apesar de não existir doença ou incapacidade, poderão existir alterações relacionadas com o processo de envelhecimento e com a idade, tais como o aumento da pressão sanguínea e algumas perdas de memória que, não poderão, todavia, ser consideradas patológicas e como um fator de risco

elevado (Rowe & Kahn, 1997). Assim, dada a realidade atual onde se verifica um aumento da esperança média de vida associada à vivência com doenças crónicas que não impossibilitam, em demasia, o funcionamento do indivíduo (e.g., diabetes, artrite e hipertensão, ao contrário das infecciosas que se verificavam antigamente), questiona-se se não será plausível considerar a existência de um envelhecer articulado com a doença crónica em detrimento de existir apenas um envelhecimento associado, ou não, à doença?

Nesta investigação pretender-se-á averiguar o impacto da saúde no processo de envelhecimento, para que assim se verifique se é plausível falar de um envelhecimento com ou sem doença ou se é relevante falar da existência de um envelhecimento não patológico associado a doença crónica.

Com base nestas considerações, infere-se que o envelhecimento e as crenças que as pessoas criam sobre o mesmo são influenciadas pela sociedade, pelas expectativas desenvolvidas em relação às alterações que irão surgir no seu corpo, pelo controlo percebido e pelos estereótipos e conceções existentes quer na sociedade, quer na mente do próprio sujeito em relação ao processo de envelhecimento (Ballesteros et al., 2013).

### **1.3 Perceções de Envelhecimento**

Há uns séculos atrás, ser-se velho era sinónimo de sabedoria, experiência e respeito. Contudo, nas sociedades ocidentais atuais, em parte devido à juventude ser entendida como sinónimo de beleza, saúde e vitalidade, o envelhecimento define-se como uma etapa no ciclo de vida caracterizada por um predomínio de perdas, prejuízos, declínio e estereótipos negativos, tais como a saúde restrita, a fragilidade, a dependência de terceiros, a incapacidade, a depressão, a demência, a falta de apoio social, a solidão, a inatividade e a infelicidade (Ron, 2007; Rowe & Kahn, 1998). Nestas sociedades, onde a juventude é um privilégio, ser-se velho e sentir-se a envelhecer, juntamente com as alterações decorrentes desse processo, pode ser sentido como um fenómeno causador de angústias e stress, tendo, portanto, um impacto na saúde do indivíduo.

Estes estereótipos negativos, em torno do fenómeno de envelhecimento, traduzem o idadismo que se verifica atualmente e que influencia a forma como, com base na idade cronológica, as pessoas mais velhas são categorizadas pela sociedade e, consequentemente, a forma como o indivíduo se avalia a si próprio, nomeadamente o seu processo de envelhecimento, e aos grupos onde se insere (Ballesteros et al., 2013; Rudinger & Thomae, 1990).

Salienta-se, todavia, que estes estereótipos não são unicamente criados pelos jovens, tendo os adultos de idade avançada um papel ativo na categorização do grupo social a que pertencem (Hummert, Garstka, Shaner, & Stram, 1994 cit. por Kotter-Grühn & Hess, 2012).

Entendidos como crenças e expectativas desenvolvidas através da atribuição de uma característica comportamental ou de personalidade a um determinado grupo, estes estereótipos podem surgir sem que o indivíduo tenha consciência dos mesmos, acompanhando-o ao longo do seu ciclo de vida, desde a infância até à idade adulta avançada (Levy, Slade, & Kasl, 2002; Levy, Slade, Kunkel, & Kasl, 2002; Wurm, Wolff, & Schüz, 2014), sendo influenciados pelas alterações na saúde funcional decorrentes do fenómeno de envelhecimento (Levy, 2009 cit. por Sargent-Cox, Anstey, & Luszcz, 2013; Levy & Myers, 2004), pela experiência de vida e pelo meio familiar, social e cultural que rodeia o indivíduo (Ron, 2007). Tomando como exemplo, de acordo com a teoria da labilidade (que se debruça sobre a avaliação que o sujeito faz acerca do envelhecimento), sabe-se que os jovens são influenciados pelos estereótipos negativos associados à idade, caracterizando de forma negativa e pejorativa os adultos mais velhos, contribuindo para que estes interiorizem essa informação e se percecionem de forma mais negativa (Kotter-Grühn & Hess, 2012; Pinguart, 2002). Aquando da chegada a esta última etapa de vida, os estereótipos que estavam internalizados no self, desde a juventude, tornam-se auto-estereótipos, influenciando a forma como a pessoa vê o seu processo de envelhecimento.

Contudo, o envelhecimento não é apenas moldado por estereótipos negativos, existindo também crenças positivas associadas ao mesmo (Hummert, 1990), destacando-se a maturidade emocional, a capacidade de utilizar estratégias pró-ativas que conferem significado à vida (Barros de Oliveira, 2010), a abertura, a aceitação, o tempo livre, o respeito, a calma e a sabedoria (Ron, 2007).

Assim, de acordo com diversos autores, as auto-perceções do envelhecimento, influenciadas pelos estereótipos sociais, traduzem um construto multidimensional que abrange a satisfação com o envelhecimento (i.e., o grau de satisfação com as alterações decorrentes do processo de envelhecimento), a idade subjetiva (i.e., a idade sentida e desejada pelo indivíduo), o bem-estar, a saúde e a funcionalidade (Kotter-Grühn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorf, & Smith, 2009; Levy et al., 2002a; Montepare & Lachman, 1989).

Alguns autores defendem, ainda, que à medida que envelhecemos, os estereótipos e expectativas sobre o envelhecimento devem manter-se ou aumentar, traduzindo-se num incremento da satisfação com o envelhecimento (Kleinspehn-Ammerlahn, Kotter-Grühn, & Smith, 2008; Rothermund & Brandstädter, 2003). Porém, à medida que envelhecem e se aproximam da morte, os indivíduos registam um declínio no seu funcionamento físico e cognitivo, podendo assim atribuir essas causas ao processo de envelhecimento, o que, consequentemente, aumenta a sua idade subjetiva, conduzindo, deste modo, a um declínio nas auto-perceções do envelhecimento e na satisfação com o mesmo (Kotter-Grühn et al., 2009). Este decréscimo pode dever-se à diminuição que se verifica, com o avançar no ciclo de vida, na capacidade para compensar as perdas sentidas em determinados domínios, o que, consequentemente, influencia a identidade de idade (Kotter-Grühn et al., 2009).

Constata-se, então, que enquanto alguns investigadores veem as auto-perceções positivas como uma negação do fenómeno de envelhecimento (Butlena & Powers, 1978, cit. por Kotter-Grühn et al., 2009), que se pode associar a um declínio na funcionalidade (Levy et al., 2002a) e na satisfação com a vida (Levy et al., 2002b); outros defendem que poderão traduzir uma melhor adaptação das perdas relacionadas com a idade (Levy, 2003; Sargent-Cox, Anstey, & Luszcz, 2012b), refletindo uma maior resiliência, bem-estar e uma melhor adaptação às alterações que decorrem com o avançar no ciclo de vida (Kotter-Grühn et al., 2009), o que se traduz num aumento da satisfação com o envelhecimento (Montepare & Lachman, 1989).

Suportando esta ideia, e indo ao encontro da teoria da resiliência (que, tal como a teoria da labilidade, referida anteriormente, se debruça sobre a avaliação que o sujeito faz acerca do envelhecimento e sobre a forma como isso afeta o seu desempenho), alguns autores defendem que, quando confrontados com sujeitos de idade similar com um pior funcionamento físico, os adultos de idade avançada desenvolvem mecanismos adaptativos (Heidrich & Riff, 1993 cit. por Pinquart, 2002), avaliando-se de forma mais positiva (Heckhausen & Brim, 1997 cit. por Pinquart, 2002). Assim, ao percecionarem indivíduos com maior fragilidade e declínio e com um pior funcionamento físico, poderão avaliar as suas capacidades e o seu envelhecimento de forma mais positiva.

Todavia, apesar dos autores anteriores defenderem que, quando se deparam com situações de maior declínio se percecionam de forma mais positiva, segundo Kotter-Grühn e Hess (2012), a confrontação quer com estereótipos mais negativos e situações de maior declínio, quer com estereótipos mais positivos e situações de maior

funcionalidade, poderá conduzir à avaliação negativa do seu próprio estado funcional e ao aumento da identidade de idade.

Verifica-se, deste modo, que, quando estão perante estereótipos, crenças e atitudes negativas em torno do processo de envelhecimento, poderá ocorrer um efeito pejorativo e lesivo na construção da identidade dos adultos mais velhos, uma vez que as pessoas que desenvolvem visões mais negativas sobre o envelhecimento tendem a envelhecer com percepções mais negativas acerca de si mesmos.

Diversos estudos têm sido realizados, nesta área, com o intuito de desvendar a influência dos estereótipos positivos e negativos na avaliação do processo de envelhecimento do próprio. Num estudo de Kotter-Grühn e colaboradores (2009), cujo objetivo era averiguar em que medida as auto-percepções do envelhecimento sofrem alterações com a idade e de que forma essas mesmas alterações se relacionam com a proximidade da morte, verificou-se que, com o aumento da idade cronológica, se tende a registar um declínio nas auto-percepções e na satisfação com o processo de envelhecimento, o que se poderá relacionar com um aumento do risco de mortalidade. Constatou-se, também, que uma maior idade subjetiva, uma insatisfação com o processo de envelhecimento e auto-percepções mais negativas, conduzem a uma menor longevidade. Neste estudo, registou-se ainda uma melhor auto-percepção do envelhecimento no género masculino, o que se poderá associar ao menor impacto das alterações relacionadas com a idade (em comparação com o género feminino), à menor esperança média de vida e, consequentemente, menor existência de doenças e incapacidades, decorrentes do fenómeno de envelhecer.

Estas considerações vão ao encontro do que Levy e colaboradores (2002b) concluíram, num estudo anterior, cujo objetivo era verificar se as auto-percepções positivas acerca do envelhecimento influenciavam a sobrevivência, onde se averiguou que aqueles com melhores auto-percepções registavam uma maior longevidade (quando controladas variáveis como a idade, saúde funcional, género e estatuto socioeconómico).

Desta forma, poder-se-á afirmar que os estereótipos de envelhecimento se relacionam com a saúde, funcionalidade e longevidade dos indivíduos, sendo que melhores percepções de envelhecimento traduzem uma melhor adaptação e satisfação existente com o mesmo, nomeadamente com as alterações relacionadas com a idade (Kotter-Grühn et al., 2009).

Assume-se, deste modo, que indivíduos que detenham melhores percepções de saúde terão um maior envolvimento em comportamentos promotores de saúde, tais como a manutenção de uma dieta equilibrada e um maior investimento na prática regular de atividade física, o que, em parte, justificado pelo controlo percebido no processo de envelhecimento, aumentará as expectativas e percepções positivas acerca do mesmo. Na seção seguinte considerar-se-ão, então, as percepções de saúde e o seu impacto nas percepções de envelhecimento.

#### **1.4 Percepções de Saúde**

À medida que os indivíduos avançam, no ciclo de vida, vão-se registando algumas alterações e deteriorações no seu estado de saúde e funcionalidade (i.e., na capacidade do indivíduo executar de forma independente atividades frequentes e essenciais à sua vida quotidiana, tais como vestir-se, efetuar a sua higiene ou mudar de posição) que conduzem a uma associação negativa entre a saúde e o envelhecimento (Botelho, 2000).

Assumindo-se que o envelhecimento está associado a um aumento gradual do número de doenças e declínio que incapacitam o desempenho do indivíduo na realização das atividades de vida diária, tornando-o, com o avançar do tempo, cada vez mais dependente de terceiros (e.g., familiares ou instituições), torna-se premente investir e promover a funcionalidade do mesmo, assim como os comportamentos promotores de saúde.

Considerando o conceito de saúde, esta assume-se como um fenómeno multidimensional, englobando aspetos do bem-estar físico, mental e social, que declinam com a idade (Pinquart, 2001). Todavia, este declínio não depende meramente das condições de saúde objetiva (i.e., da saúde real e concreta de um indivíduo num determinado momento, considerando o número de doenças e incapacidade existentes), implicando também a avaliação subjetiva do estado de saúde do próprio.

Segundo Ocampo (2010), esta saúde subjetiva (i.e., a avaliação do estado de saúde feito pelo próprio, envolvendo uma interação entre as capacidades mentais e funcionais, o bem-estar e o suporte social, sendo influenciada pelos estereótipos sociais, crenças e expectativas do indivíduo) tende a diminuir com o aumento da idade cronológica, devido ao decréscimo do estado de saúde e ao aumento das fragilidades e incapacidades que se registam no adulto de idade avançada (Kramarow, Lenntzner, Rooks, Weeks, & Saydah, 1999 cit. por Pinquart, 2001). Assim, estipulam-se como

principais critérios de autoavaliação da saúde subjetiva, a presença ou ausência de doenças físicas, a funcionalidade, a capacidade de realizar autonomamente atividades de vida diária (Pinquart, 2001), o bem-estar psicológico, o suporte social (Ocampo, 2010) e a comparação com os indivíduos da mesma idade (VanDorn, 1999 cit. por Pinquart, 2001).

Porém, denota-se que o envolvimento em medidas de saúde preventiva, tais como a prática de saúde física, o abandono de consumos (e.g., álcool e tabaco) e a manutenção de uma dieta equilibrada, são preditores da avaliação que o sujeito faz do seu estado de saúde (Atchley, 1999 cit. por Leinonen, Heikkinen, & Jylhä, 2001). Posto isto, considerando as diferenças entre géneros, enquanto alguns estudos defendem que as mulheres, apesar do maior número de consultas médicas e da maior identificação de sintomas, devido à maior preocupação com as alterações relacionadas com a idade e o maior investimento nos comportamentos promotores de saúde, apresentam melhores perceções de saúde (Rennemark & Hagberg, 1999); outros revelam que são os homens que avaliam de forma mais positiva o seu estado de saúde (e.g., Baron-Epel & Kaplan, 2001; Eriksson, Undén, & Elofsson, 2001).

Sendo, tal como o próprio nome indica, um critério subjetivo de avaliação, com o avançar da idade, mediante as necessidades dos adultos de idade avançada, poderá surgir uma redefinição da condição de saúde e adaptação ao processo de envelhecimento, onde a presença ou ausência de doença ou incapacidade deixarão de caracterizar a saúde subjetiva, passando esta a ser influenciada pela presença ou ausência de condições ou complicações incapacitantes sérias, pela existência de um menor número de doenças em comparação com a maioria dos sujeitos do mesmo género e idade, ou pela capacidade de realizar de forma autónoma atividades de vida diária (Pinquart, 2001). Desta forma, devido às diferentes perceções e critérios de avaliação da saúde do próprio, apesar da existência de doenças crónicas ou incapacidades, os adultos de idade avançada poderão manter uma boa avaliação da sua saúde subjetiva (Wurm, Tomasik, & Tesch-Römer, 2008).

Todavia, quando este declínio excede um certo limite, ou seja, quando se atinge um certo número de doenças ou incapacidade, as capacidades de adaptação extinguem-se e regista-se um declínio na avaliação do seu estado de saúde e uma diminuição das auto-perceções positivas do envelhecimento (Leinonen et al., 2001; Wurm et al., 2014). Infere-se, deste modo, que quanto maior for o número de doenças percebidas, pior será a avaliação do estado de saúde e menor será o investimento na mesma.

Influenciando a relação entre a saúde objetiva e as avaliações feitas pelo sujeito, relativamente ao seu próprio estado, destacam-se como fatores protetores das perdas/alterações que decorrem na saúde, nesta etapa de vida, a educação do indivíduo (Baron-Epel & Kaplan, 2001), os recursos psicológicos e os mecanismos de coping utilizados (Sargent-Cox, Anstey, & Luszcz, 2012a).

Devido ao maior confronto com as doenças e a uma atribuição das perdas na saúde ao fenómeno inevitável do envelhecimento, estipula-se que os adultos de idade avançada estão mais preparados para um confronto com um maior declínio do que aqueles que se encontram na meia-idade (Wurm et al., 2008). Todavia, com o decorrer dos anos, tem-se verificado que os indivíduos com perspetivas e auto-perceções negativas que atribuem os problemas de saúde ao processo de envelhecimento, independentemente da idade, registam um menor envolvimento nos comportamentos de saúde preventiva, o que se pode justificar através do menor controlo percebido (Levy & Myers, 2004; Sargent-Cox et al., 2012b; Sarkisian, Ron, & Mangione, 2002 cit. por Wurm et al., 2008).

Assim, entende-se que as auto-perceções do envelhecimento, analisadas anteriormente, são, não só, um bom indicador do bem-estar subjetivo e objetivo, como refletem também a capacidade de adaptação às alterações na saúde objetiva e na capacidade funcional, que decorrem ao longo do processo de envelhecer (Sargent-Cox et al., 2012a). Defende-se, deste modo, que estas auto-perceções (Demakakos, Gjonca, & Nazroo, 2007; Levy & Myers, 2004) e a satisfação com o envelhecimento (Kotter-Grühn et al., 2009) têm um forte impacto na saúde dos indivíduos, sendo ambos influenciados pela atividade ou sedentarismo praticados pelo indivíduo.

## **1.5 Atividade Física**

A atividade física, ao contrário do exercício físico que pode ser definido como uma atividade planeada e estruturada constituída por uma série de movimentos repetitivos, traduz o movimento produzido pelos músculos esqueléticos que resulta num aumento da energia despendida pelo indivíduo (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). Com base nesta conceção, apesar de uma pessoa ser fisicamente ativa e deter algumas capacidades funcionais, poderá não investir na prática regular de exercício físico, o que poderá ter um impacto na sua funcionalidade, revelando, assim, em comparação com os adultos de idade avançada que detêm estilos de vida mais ativos,



uma maior dependência e incapacidade (Brach, Simensick, Kritchevsky, Yaffe, & Newman, 2004).

Além da perda da funcionalidade associada à diminuição da atividade física, regista-se, igualmente, um aumento dos riscos associados à saúde, nomeadamente o incremento da probabilidade do aparecimento de doenças crónicas tais como a doença cardiovascular, o enfarte, a diabetes tipo 2, o cancro do colon ou da mama, a depressão, a demência e o aumento de peso (*Physical Activity Guidelines Advisory Committee*, 2008). Assim sendo, uma vez que à medida que a idade aumenta, acresce também a probabilidade do aparecimento de doenças crónicas e de incapacidade, a prática regular de atividade física não só promove a saúde funcional dos indivíduos de idade mais avançada, como estimula, também, a existência de um envelhecimento bem-sucedido, o aumento da longevidade, a satisfação com a vida e com o envelhecimento (Klusmann, Evers, Schwarzer, & Heuser, 2011) e a melhoria da autoestima, da qualidade de vida (Elavsky et al., 2005 cit. por Klusmann et al., 2011) e do autoconceito (Stoll & Alfermann, 2002 cit. por Klusmann et al., 2011), influenciando, deste modo, a forma como se sentem e como encaram o seu processo de envelhecimento e as alterações decorrentes do mesmo.

Contudo, apesar da informação e dos conhecimentos existentes nas sociedades atuais em relação aos benefícios da atividade física na funcionalidade e na saúde do indivíduo, à medida que a idade cronológica aumenta, continua a registar-se um decréscimo no envolvimento na prática regular de atividade física (variando, porém, de acordo com o género, estrato social, escolaridade e saúde do indivíduo) e um consequente declínio nas funções físicas, cognitivas e sociais, que contribuem para a diminuição da capacidade de acreditar nas suas competências e recursos (Anderson-Bill, Winett, Wojcik & Williams, 2011), para a perda da independência outrora vivida e para a alteração da qualidade e satisfação com a vida.

Embora o indivíduo ainda detenha algumas capacidades funcionais, este aumento do sedentarismo poderá, como observado anteriormente, ser influenciado por fatores como a idade cronológica (O'Brien Cousins & Gillis, 2006 cit. por Sarkisian, Prohaska, Wong, Hirsch & Mangione, 2005), as auto-perceções negativas (Levy, et al., 2002a), a crença, resultante da baixa percepção de controlo, de que o declínio é inevitável (O'Brien Cousins, 2000 cit. por Meiser, Weir, & Baker, 2013), o apoio social, a satisfação com a vida (Codina, Pestana, & Armadans, 2013) e o meio envolvente (*Physical Activity Guidelines Advisory Committee*, 2008), que servirão de entrave à

prática regular de atividade física, o que, previsivelmente, conduzirá a uma perda do tônus muscular que poderá prejudicar as capacidades que o indivíduo ainda é capaz de desempenhar de forma autónoma (Anderson-Bill et al., 2011).

Devido a esta associação positiva, que se tem registado, ao longo dos anos, entre as crenças existentes em torno do envelhecimento, as auto-perceções, os comportamentos promotores de atividade física e o próprio funcionamento físico do indivíduo, as pessoas com melhores expectativas e perceções acerca do envelhecimento detêm estilos de vida mais ativos e saudáveis, investindo na prática de exercício físico, na manutenção de uma dieta equilibrada e na moderação da ingestão de álcool (Levy & Myers, 2004; Levy et al., 2002; Sarkisian et al., 2005).

Porém, uma promoção da prática regular de atividade física junto de indivíduos com expectativas mais negativas em torno do envelhecimento, poderá revelar-se uma tarefa exigente, na medida em que estes se poderão considerar demasiado velhos, frágeis e incapazes de se envolverem em tal atividade (Meiser et al., 2013; Schutzer & Graves, 2004). Todavia, apesar deste entrave, é importante dar a conhecer a estes adultos de idade mais avançada que até mesmo os esforços que poderão ser considerados menos relevantes, como caminhar ou subir escadas, são determinantes na promoção da funcionalidade (*Physical Activity Guidelines Advisory Committee*, 2008). Assim, mediante os seus gostos e possibilidades, cada um, poderá escolher as atividades que mais se adequam às suas capacidades e estilo de vida, podendo aumentar gradualmente a intensidade do esforço à medida que vai registando melhorias nas suas competências.

Torna-se, deste modo, premente investir na promoção e manutenção, junto dos adultos de idade mais avançada, de um estilo de vida saudável, tentando, assim, otimizar as suas capacidades, funcionalidade e independência. Contudo, é necessário ter em atenção que indivíduos portadores de doenças crónicas necessitam de tomar determinadas precauções (e.g., consultar o médico de família ou um médico especialista na sua doença) antes de se envolverem em esforços intensos (*Physical Activity Guidelines Advisory Committee*, 2008).

## 1.6 Idade Subjetiva

A identidade de um indivíduo, à medida que este envelhece e passa pelas várias etapas do ciclo de vida, está sujeita a alterações e reformulações, mediante as suas vivências e experiências pessoais, o que colocará em causa o seu self, uma vez que este se encontra em constante desenvolvimento, sendo influenciado pela história de relacionamentos anteriores e experiência prévia do indivíduo e não apenas pelas atitudes e estereótipos sociais (Mead, 1934).

Neste sentido, nas sociedades ocidentais atuais, onde se ser jovem é um estatuto privilegiado, predominam os estereótipos negativos em torno do envelhecimento, o que influencia a perceção que os indivíduos detêm acerca deste processo e da sua própria idade, sendo esta determinada, como se verificou anteriormente, pelas categorias sociais em que as pessoas pensam inserir-se.

Assim sendo, a idade subjetiva (i.e., a idade sentida e desejada pelos indivíduos que se relaciona com as atitudes e receios em relação ao envelhecimento), também denominada idade percebida ou identidade de idade (Demakakos et al., 2007), surge, em detrimento da idade cronológica, como o fator determinante na perceção e identificação da idade do próprio. Quer isto dizer que, apesar de num determinado momento dois indivíduos apresentarem a mesma idade cronológica, a sua idade subjetiva poderá ser diferente consoante as crenças, as experiências pessoais e a dinâmica de interação com o meio cultural e social.

Poder-se-á, deste modo, com base na literatura desenvolvida em torno desta temática, considerar a existência de três subgrupos: aqueles indivíduos que se sentem mais velhos do que a sua idade cronológica, aqueles que se sentem tão velhos quanto a sua idade cronológica e aqueles que se sentem mais jovens do que a sua idade cronológica, sendo que a grande maioria dos sujeitos se sente e desejava ser mais jovem do que é na realidade (Demakakos et al., 2007).

Porém, apesar da idade cronológica ser a variável mais influente na determinação da idade subjetiva, esta é também influenciada pelos papéis desempenhados, pelo controlo percebido (Riley, Foner, & Waring, 1988 cit. por Kaufman & Elder Jr., 2002), pelas capacidades funcionais, pelo estado de saúde (Bergland, Nicolaisen, & Thorsen, 2014; Uotinen, Rantanen, Suutama, & Ruoppila, 2006), pelos estereótipos sociais em torno do envelhecimento, pela comparação com o self e aspetos dos pares da mesma idade e pela autoavaliação e comparação consigo próprio noutras fases da vida (Kaufman & Elder Jr., 2002; Riley, Foner, & Waring,

1988 cit. por Kaufman & Elder Jr., 2002; Sherman, 1994). Deste modo, considera-se existir, tal como na reflexão sobre o estado de saúde e a funcionalidade, um conjunto de fatores, quer sociais, quer pessoais, determinantes na avaliação que o próprio faz da sua idade atual, que irão, conseqüentemente, influenciar a visão que o indivíduo desenvolve em torno do seu processo de envelhecimento, seja num sentido mais positivo ou mais pejorativo.

De acordo com Montepare e Lachman (1989), as discrepâncias verificadas entre a idade cronológica e a idade subjetiva (influenciadas em parte pela saúde e percepção de saúde) aumentam à medida que o indivíduo envelhece, registando-se um acréscimo do desejo de querer ser mais novo do que aquilo que realmente se é (Daatland, 2007 cit. por Paúl & Fonseca, 1999; Demakakos et al., 2007; Kaufman & Elder Jr., 2002; Kotter-Grühn & Hess, 2012). Em alguns estudos (e.g., Montepare & Lachman, 1989), este incremento é superior nas mulheres, o que pode estar relacionado com o receio de envelhecer associado às perdas que ocorrem no corpo feminino, ao longo deste processo (e.g. menopausa, rugas, imagem corporal). Contudo, não existe consenso neste domínio, existindo autores (e.g., Ward, 2010; Uotinen et al., 2006) que defendem, em detrimento do verificado anteriormente, que o género masculino apresenta uma idade desejada superior ao feminino.

Posto isto, revela-se existir também alguma falta de concordância entre os teóricos relativamente ao impacto da diferença entre a idade subjetiva e a idade cronológica. Assim, enquanto uns defendem que esta diferença pode ser considerada um fator positivo, no fenómeno de envelhecimento, outros afirmam que pode retratar uma insatisfação com este processo.

Representando a abordagem positiva, destacam-se autores como Demakakos e colaboradores (2007) que defendem que devido ao aumento da esperança média de vida e, em parte, conseqüente aumento da discrepância entre a idade subjetiva e a idade cronológica, se tem observado um adiar da idade considerada como o término da meia-idade e entrada na idade adulta avançada. Assim, estipulam que os adultos de idade mais avançada, que mantêm uma identidade mais jovem (i.e., que reconhecem uma identidade de idade igual ou inferior à idade cronológica), identificam menos problemas de saúde e relatam uma maior satisfação com a vida e com o processo de envelhecimento do que aqueles com identidades mais envelhecidas, podendo, inclusive, registar uma maior longevidade.

Em contrapartida, no estudo de 1989, de Montepare e Lachamn, verificou-se que as mulheres com identidades de idade superiores detêm maiores níveis de satisfação com a vida, quando comparadas com aquelas que revelam sentir-se mais jovens do que a sua idade cronológica. Partindo deste pressuposto, autores como Kaufman e Elder Jr. (2002), que defendem uma visão mais pejorativa da diferença, afirmam que esta pode traduzir não só uma percepção mais negativa do envelhecimento, como também um receio, insatisfação, resistência e negação desta etapa de vida e dos estereótipos associados à mesma, sendo que quanto menor for esta diferença, melhor será a adaptação e aceitação do envelhecimento e das perdas decorrentes do mesmo.

Levanta-se então a questão “Será que esta diferença entre a idade cronológica e a idade desejada/percecionada poderá ser considerada um fator protetor no processo de envelhecimento ou, pelo contrário, um fator prejudicial no mesmo?”. Perante a falta de consenso registada, torna-se premente proceder à análise desta temática com o intuito de se poder chegar a uma conclusão.

Deste modo, como se torna visível ao longo da contextualização teórica, as percepções de envelhecimento são moldadas e influenciadas por um conjunto de interações entre os fatores pessoais e do meio que determinam a forma positiva ou negativa como o envelhecimento é sentido pelos adultos de idade avançada. Neste sentido, revela-se pertinente estudar a relação existente entre as auto-percepções do envelhecimento e as auto-percepções da condição física e de saúde, em função da idade e do género.

## **Capítulo 2. Objetivos e Hipóteses do Estudo**

Esta investigação, que visa compreender o fenómeno do envelhecimento sob o ponto de vista das auto-percepções do envelhecimento e de saúde, toma em consideração a funcionalidade e a idade subjetiva e tem os seguintes objetivos:

**Objetivo específico 1:** Caracterizar a amostra em estudo quanto à auto-percepção do envelhecimento, em função do género e de dois grupos de idade (meia-idade e velhice).

**Hipótese 1a:** Espera-se que os indivíduos pertencentes ao grupo da velhice detenham piores percepções de envelhecimento, do que o grupo dos adultos de meia-idade.

**Hipótese 1b:** Prevê-se que o grupo da velhice obtenha uma pontuação mais elevada na escala Identidade A (experiência de mudanças relacionadas com a saúde), pertencente ao Questionário de Percepções de Envelhecimento, e que associe essas mudanças ao facto de estar a envelhecer (Identidade B).

**Hipótese 1c:** Espera-se que o género feminino detenha piores percepções de envelhecimento que o género masculino.

**Hipótese 1d:** Espera-se que o género feminino obtenha uma pontuação mais elevada na escala Identidade A (experiência de mudanças relacionadas com a saúde) pertencente ao Questionário de Percepções de Envelhecimento, do que o género masculino.

**Objetivo específico 2:** Caracterizar a amostra em estudo quanto ao investimento na condição física e na saúde, em função do género e dos dois grupos de idade (meia-idade e velhice).

**Hipótese 2a:** Espera-se que os indivíduos pertencentes ao grupo da velhice detenham uma menor funcionalidade e invistam menos na sua condição física (resultados mais baixos nos itens correspondentes do Questionário de Atividade Física e Saúde), quando comparados com o grupo dos adultos de meia-idade.

**Hipótese 2b:** Espera-se que o grupo da velhice obtenha uma pontuação mais baixa nos itens relativos à saúde, pertencentes ao Questionário de Atividade Física e Saúde, quando comparados com os adultos de meia-idade.

**Hipótese 2c:** Espera-se uma associação entre a variável género e o Questionário de Atividade Física e Saúde.

**Objetivo específico 3:** Analisar a relação existente entre a auto-percepção do envelhecimento e a auto-percepção da condição física e de saúde.

**Hipótese 3a:** Espera-se que exista uma associação negativa entre as mudanças percebidas e relacionadas com a saúde (escala Identidade A do Questionário de Percepções de Envelhecimento) e os itens relacionados com a saúde do Questionário de Atividade Física e Saúde.

**Hipótese 3b:** Espera-se que os indivíduos que obtenham uma pontuação mais alta no Questionário de Atividade Física e Saúde tenham melhores percepções de envelhecimento.

**Objetivo específico 4:** Analisar a relação existente entre a identidade de idade, a auto-percepção do envelhecimento e a auto-percepção da condição física e de saúde.

**Hipótese 4a:** Espera-se que os indivíduos com uma identidade de idade superior à idade cronológica tenham uma pontuação mais baixa no Questionário de Atividade Física e Saúde.

**Hipótese 4b:** Espera-se que os indivíduos com uma identidade de idade superior à idade cronológica detenham uma pior percepção de envelhecimento.

**Objetivo específico 5:** Analisar a relação existente entre a idade cronológica, a idade percebida e a idade desejada.

**Hipótese 5a:** Espera-se uma associação entre a idade cronológica e a idade desejada.

**Hipótese 5b:** Espera-se uma associação entre a idade cronológica e a idade percebida.

### **Capítulo 3. Metodologia**

Neste capítulo procede-se à caracterização da metodologia da presente investigação. Para o efeito, organiza-se em quatro subcapítulos: no primeiro caracteriza-se a amostra em estudo, no segundo apresenta-se a descrição dos instrumentos utilizados, no terceiro aborda-se o procedimento geral e, por fim, no quarto, referem-se os procedimentos estatísticos.

#### **3.1 Participantes**

A amostra do estudo é constituída por 73 participantes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 40 anos ( $M = 60.88$ ;  $DP = 11.36$ ). Optou-se por este ponto de corte, na idade cronológica, com o intuito de se obter uma perspetiva mais inclusiva da influência da saúde auto-percebida sobre as crenças e perceções de envelhecimento.

A seleção dos participantes foi feita através da articulação com os Coordenadores das diversas casas do Centro de Saúde de Benfica, pertencente ao ACES Lisboa Norte e através da rede relacional do investigador (amostra de conveniência), tendo-se excluído os indivíduos que tivessem evidenciado, no contexto da entrevista, qualquer défice cognitivo.

São, na sua generalidade, sujeitos inseridos na comunidade e com relativa autonomia funcional, sendo a maioria da amostra composta por participantes do sexo feminino, casados ou vivendo como tal, tendo o ensino secundário completo e considerando a sua situação económica atual como satisfatória. Do mesmo modo, a maioria dos mesmos encontra-se ainda profissionalmente ativa. No Quadro 1 observam-se as características sociodemográficas da amostra em estudo, informação essa adquirida através do Questionário Sociodemográfico (ver ponto 3.2.1).



## Quadro 1

*Caracterização sociodemográfica da amostra (frequências e percentagens)*

	Frequências	Percentagens
<b>Sexo</b>		
Feminino	41	56.2
Masculino	32	43.8
<b>Idade</b>		
40-64	40	54.8
65-84	33	45.2
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	6	8.2
Casado ou vivendo como tal	54	74.0
Viúvo	8	11.0
Divorciado ou separado	5	6.8
<b>Escolaridade</b>		
Ausência de escolaridade	3	4.1
Ensino básico incompleto	10	13.7
Ensino básico completo	9	12.3
Ensino secundário incompleto	5	6.8
Ensino secundário completo	23	31.5
Curso médio	7	9.6
Curso superior	12	16.4
Outro	4	5.5
<b>Atividade Profissional</b>		
Reformado (a)	32	43.8
Ainda a trabalhar	41	56.2
<b>Situação Económica Atual</b>		
Muito satisfatória	3	4.1
Satisfatória	50	68.5
Pouco satisfatória	16	21.9
Nada satisfatória	4	5.5

*N = 73*

## 3.2 Instrumentos

Os instrumentos utilizados no presente estudo foram os seguintes: *Questionário Sociodemográfico*; *Questionário de Atividade Física e Saúde*; e *Questionário de Perceções de Envelhecimento* (QPE), desenvolvido originalmente por Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, e Conroy (2007), tendo sido traduzido e adaptado em Portugal por Claudino (2007).

### **3.2.1 Questionário Sociodemográfico**

Com o intuito de recolher informação sociodemográfica e psicossocial mais específica dos participantes, foi construído e administrado o Questionário Sociodemográfico (Anexo 1). Através deste questionário foi possível obter informação relativa aos dados pessoais dos participantes, tais como o género, a idade cronológica, a idade percebida e a idade desejada, a zona de residência, a escolaridade, a situação familiar e interpessoal, a situação económica e profissional e as crenças religiosas.

### **3.2.2 Questionário de Atividade Física e Saúde (QAFS)**

A relação entre a auto-perceção da condição física e de saúde tem sido estudada e documentada em vários estudos, existindo a conceptualização de que ambas detêm influência na auto-perceção do envelhecimento dos indivíduos. As investigações demonstram que uma melhor auto-perceção do estado de saúde se associa a uma melhor auto-perceção do envelhecimento, face às capacidades e à perceção de controlo registada pelos sujeitos.

O Questionário de Atividade Física e Saúde (Anexo 2) foi desenvolvido com o intuito de corresponder aos objetivos do presente estudo, nomeadamente com o facto de se pretender investigar a saúde (quer objetiva, quer subjetiva) e o funcionamento físico dos indivíduos, a par com as perceções de envelhecimento. Foi inspirado no *SF-36 Health Survey* (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993/2000); no *Projecto DIA – Da Incapacidade à Actividade: O desafio do envelhecimento*, desenvolvido pela Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, em 2006; e no *Global Physical Activity Questionnaire*, desenvolvido pela OMS, em 2002.

Com o intuito de facilitar a compreensão e sintetizar a informação relevante, foi construído sob a forma de resposta fechada, onde são fornecidas aos participantes as questões, seguidas das opções de resposta. É constituído por dezassete itens, organizados em dois domínios: os primeiros nove correspondem à perceção da condição física atual, englobando áreas como a auto-perceção da condição física, o investimento em atividade física e as capacidades funcionais do indivíduo; sendo os restantes oito relativos ao estado de saúde, contemplando a auto-perceção de saúde e instrumentos de auxílio diário utilizados.

As respostas são fornecidas através de uma escala de Likert, onde uma pontuação mais elevada irá indicar uma melhor auto-perceção da condição física e do

estado de saúde atual. Assim, embora subdividido em duas temáticas principais, é possível obter, neste questionário, um resultado global.

No que concerne às propriedades psicométricas, sendo um questionário desenvolvido para o estudo em questão, investigou-se a relação entre os itens e a confiabilidade de medida. Com base nos testes aplicados, verificou-se que o Questionário de Atividade Física e Saúde apresenta um coeficiente de alfa de Cronbach superior a .70 ( $\alpha = .850$ ), revelando pois uma boa fiabilidade de medida. Deste modo, embora se considere que se trata de um instrumento que ainda necessita de mais estudo, nomeadamente uma análise fatorial, verificou-se, na presente investigação, um bom índice de precisão.

### **3.2.3 Questionário de Perceções de Envelhecimento (QPE)**

O QPE, baseado no modelo de autorregulação de Leventhal, é um instrumento multidimensional, construído com o intuito de avaliar as auto-perceções do envelhecimento dos adultos mais velhos, permitindo uma identificação dos casos de maior vulnerabilidade durante o processo (Barker et al., 2007). O postulado, presente na conceptualização teórica do questionário, defende que o processo de envelhecimento se enquadra numa das fases normativas do curso de vida, o que implica o confronto do indivíduo com determinados desafios, que terão que ser geridos e ultrapassados para uma adaptação com sucesso (Barker et al., 2007).

Relativamente à sua composição, o QPE é constituído por 49 itens apresentados sob a forma de frases afirmativas, distribuídos ao longo de oito escalas distintas e organizados em dois domínios: o primeiro comporta as *Opiniões sobre Envelhecer* (do item 1 ao 32) e o segundo a *Experiência de Mudanças Relacionadas com a Saúde* (do item Id1 ao Id17). No primeiro domínio, cujo objetivo é compreender as experiências e opiniões dos indivíduos relativamente ao seu processo de envelhecimento, as respostas são fornecidas através de uma escala de Likert de 5 pontos, onde 1 significa “*Discordo fortemente*” e 5 “*Concordo fortemente*”. Por seu turno, no segundo, cujo intuito é compreender as alterações relacionadas com a saúde registadas pelos indivíduos num período de 10 anos, as respostas são fornecidas de forma dicotómica (“*Sim*” ou “*Não*”). Em caso de se registar uma resposta afirmativa, é ainda pedido ao sujeito que indique se considera que essas alterações se devem, ou não, ao processo de envelhecimento.

As oito escalas, referidas anteriormente, e que constituem este questionário, são pois as seguintes:

*Duração*: representa os aspetos relacionados com a consciência de um indivíduo sobre o envelhecimento e a experiência do processo, ao longo do ciclo de vida. A *Duração* subdivide-se em duas dimensões, nomeadamente a *Duração Crónica* (itens 1 a 5), referente à medida em que o envelhecimento é sentido como crónico e persistente, e a *Duração Cíclica* (itens 27, 28, 30, 31 e 32), na medida em que o indivíduo sente alterações cíclicas, ou seja, considera estar a envelhecer por etapas.

*Consequências*: traduz as crenças sobre o impacto do envelhecimento, relativas a diversos domínios, na vida do indivíduo. Tal como a anterior, esta escala inclui duas dimensões: as *Consequências Positivas* (itens 6, 7 e 8), que traduzem uma visão mais positiva e otimista do envelhecimento, e as *Consequências Negativas* (itens 16, 17, 18, 19 e 20), relacionadas com uma perceção mais negativa deste processo.

*Controlo*: comporta as crenças acerca das formas pessoais de lidar com a experiência de envelhecimento. Esta dimensão subdivide-se em *Controlo Positivo* (itens 10, 11, 12, 14 e 15), que representa o controlo percebido sobre as experiências positivas do curso de vida, e *Controlo Negativo* (itens 21, 22, 23 e 24), associado ao controlo percebido sobre as experiências negativas relacionadas com o processo de envelhecimento.

*Representações emocionais* (itens 9, 13, 25, 26 e 29): traduz a resposta emocional gerada pela perceção que o indivíduo tem do seu próprio envelhecimento, estando representada por emoções negativas, tais como depressão, preocupação, ansiedade, medo, raiva e tristeza.

*Identidade* (itens Id1 ao Id17): representa as crenças sobre a relação entre as alterações verificadas na saúde e o envelhecimento.

Acrescenta-se ainda que as dimensões de *Duração Crónica*, *Duração Cíclica*, *Consequências Negativas* e *Representações Emocionais* se associam a uma auto-perceção do envelhecimento mais negativa, estando, por seu turno, as dimensões do *Controlo Positivo*, *Controlo Negativo* e *Consequências Positivas*, associadas a uma auto-perceção do envelhecimento mais positiva (Barker et al., 2007).

Relativamente às propriedades psicométricas, o Questionário de Perceções de Envelhecimento apresenta coeficientes de alfa de Cronbach situados acima de .70 e tipicamente superando o valor de .08 (excetuando a subescala de *Consequências Positivas* que apresenta um valor de  $\alpha = .64$ ), evidenciando, deste modo, uma elevada consistência interna e fiabilidade da medida. Todavia, torna-se premente referir que não foi conjuntamente analisada a escala de *Identidade*, uma vez que esta procede ao estudo

da experiência de saúde no contexto de envelhecimento, enquanto as restantes se preocupam com as visões acerca do processo de envelhecimento (Barker et. al, 2007).

Considerando o presente estudo, observa-se que o Questionário de Perceções de Envelhecimento apresenta coeficientes de alfa de Cronbach tendencialmente acima de .80, excetuando a subescala Duração Crónica ( $\alpha = .693$ ).

### **3.3 Procedimento Geral**

Os dados foram recolhidos entre Fevereiro e Junho de 2014. A amostra foi recolhida no Centro de Saúde de Benfica e através da esfera relacional do investigador, junto de participantes voluntários, com idade igual ou superior a 40 anos, pertencentes à população dita normal. À data da aplicação, nenhum dos participantes se encontrava institucionalizado e todos evidenciavam algum grau de autonomia funcional.

No que concerne ao Centro de Saúde de Benfica, a amostra começou a ser recolhida após ter sido concedida a autorização para recolha de dados, concedida pela diretora-executiva do Agrupamento de Centros de Saúde do ACES Lisboa Norte, a Dra. Manuela Peleteiro, e se ter estabelecido o contacto com os coordenadores de cada unidade funcional.

Face à diversidade da amostra e aos distintos locais de recolha da mesma, esta inclui participantes de diferentes áreas geográficas, tais como Benfica, Carnide, Odivelas, Loures, Cascais, Almada, Torres Vedras, Peniche, entre outras.

Independentemente do local da recolha, foram sempre distribuídos os questionários num envelope que incluía, além dos questionários aplicados, o consentimento informado que agradecia a participação dos sujeitos, expunha em linhas gerais o objetivo do estudo e garantia o anonimato e a confidencialidade no tratamento dos dados. Para que a aplicação fosse considerada válida, o participante necessitava de assinar a declaração de consentimento informado, autorizando, assim, a utilização dos seus dados.

Perante as limitações do espaço e face às dificuldades visuais e de interpretação evidenciadas por alguns dos participantes de idade mais avançada, em determinadas situações, registou-se uma necessidade de aplicação oral por parte da investigadora, na qual eram lidas as questões e as possibilidades de resposta, sendo registadas atempadamente as respostas fornecidas pelo sujeito. Nas aplicações em que tal necessidade não se manifestou, foi referido que, no caso de eventuais dúvidas, seria assegurada a disponibilidade para esclarecimentos por parte da investigadora.

### 3.4 Procedimento Estatístico

No presente estudo, os dados recolhidos foram tratados estatisticamente através do Software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 22), onde se realizaram diversos procedimentos estatísticos tais como análise descritiva, análise correlacional e análise das diferenças entre grupos. Precedente a estes procedimentos, como forma de averiguar a normalidade da distribuição, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov.

De modo a garantir a possibilidade de comparação das diferentes escalas dos instrumentos utilizados, procedeu-se à padronização dos resultados através das notas Z.

Recorreu-se à estatística descritiva com o intuito de se proceder à caracterização dos dados sociodemográficos da amostra e dos resultados obtidos com a aplicação dos dois instrumentos, tendo-se realizado o cálculo das médias, desvios-padrão, frequências e percentagens, consoante as características das variáveis em causa.

Considerando que o presente estudo se trata de um estudo correlacional que procura explorar e averiguar a associação entre as perceções de saúde e as perceções de envelhecimento, de acordo com os resultados encontrados no teste de Kolmogorov-Smirnov, dada a distribuição não normal dos resultados, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman para se proceder à análise correlacional bivariada.

Finalmente, para verificar se se registavam diferenças significativas entre os grupos, devido à distribuição não normal e à inexistência dos pressupostos para a aplicação de um teste paramétrico, realizou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney para amostras independentes. Para as variáveis compostas por mais de dois grupos, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis, tendo-se realizado comparações entre os grupos sempre que se verificavam diferenças estatisticamente significativas, de forma a averiguar onde residia a diferença.

## Capítulo 4. Resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados que procuram dar resposta aos objetivos e hipóteses, anteriormente apresentados. Neste sentido, procede-se à descrição dos resultados obtidos no âmbito da auto-perceção do envelhecimento, da auto-perceção da condição física e de saúde e, por fim, da relação existente entre a auto-perceção de saúde e de envelhecimento. Em alguns dos cenários serão, inclusive, apresentados os resultados considerando a idade e o género dos participantes.

### 4.1 Caracterização da auto-perceção do envelhecimento na amostra total

Neste primeiro subcapítulo procede-se à caracterização da auto-perceção do envelhecimento dos participantes da amostra em estudo. Para o efeito, procedeu-se primeiramente à análise descrita dos resultados obtidos nas diferentes escalas do QPE. Estes resultados encontram-se no Quadro 2, que apresenta informação relativa à média, desvio-padrão e mediana.

#### Quadro 2

*Caracterização da auto-perceção do envelhecimento na amostra total*

	M	DP	Mdn
Duração crónica	2.92	.704	3.00
Duração cíclica	2.69	.787	2.80
Consequências positivas	3.58	.835	3.67
Consequências negativas	3.02	.927	3.00
Controlo positivo	3.65	.791	3.80
Controlo negativo	3.21	.844	3.25
Representações emocionais	2.75	.926	2.60
Identidade A	6.07	3.47	6.00
Identidade B	3.90	3.45	3.00

*N = 73*

#### 4.1.1 Caracterização da auto-perceção do envelhecimento em função da idade

Neste subtópico, apresenta-se uma caracterização da auto-perceção do envelhecimento em função da idade dos participantes, distinguindo os sujeitos em dois grupos: meia-idade, com idades compreendidas entre os 40 e os 64 anos, e velhice, com idades superiores a 65 anos. O Quadro 3 apresenta a informação relativa à média, desvio padrão e mediana, consoante os grupos de idade.

### Quadro 3

#### *Caracterização da auto-percepção do envelhecimento em função da idade*

	Meia-idade			Velhice		
	M	DP	Mdn	M	DP	Mdn
Duração crónica	-.082*	.694*	2.80	.100*	1.28*	3.20
Duração cíclica	.041*	.924*	2.80	-.050*	1.10*	2.60
Conseq. positivas	.184*	.872*	3.67	-.223*	1.11*	3.67
Conseq. negativas	-.100*	.843*	2.80	.120*	1.165*	3.40
Controlo positivo	.178*	.760*	3.90	-.216*	1.208*	3.60
Controlo negativo	.156*	.894*	3.50	-.190*	1.099*	3.00
Repres. emocionais	-.214*	.872*	2.30	.259*	1.094*	3.00
Identidade A	5.03	3.28	4.50	7.33	3.32	2.50
Identidade B	2.97	2.83	7.00	4.97	3.82	5.00

$N = 73$ ;  $n^a = 40$ ;  $n^b = 33$

\* Utilizadas notas  $z$  (para poder estabelecer comparações entre as subescalas, cujas notas brutas correspondem a pontuações resultantes de um número distinto de itens por subescala)<sup>2</sup>

Verifica-se, consoante os dados adquiridos, que o grupo da meia-idade apresenta resultados mais elevados nas subescalas Duração cíclica, Consequências positivas, Controlo positivo e Controlo negativo. Por sua vez, o grupo da velhice demonstra resultados mais elevados nas subescalas Duração crónica, Consequências negativas, Representações emocionais, Identidade A e Identidade B. Constata-se, desta forma, que nas escalas do QPE associadas a uma auto-percepção do envelhecimento mais negativa (Duração crónica, Consequências negativas e Representações emocionais, excluindo-se aqui a Duração cíclica) os resultados são mais altos, enquanto que nas associadas a uma auto-percepção do envelhecimento mais positivas (Consequências positivas, Controlo positivo e Controlo negativo) os resultados são mais baixos.

Uma vez que não se verificam os pressupostos da normalidade, aplicou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney, para determinar se existem diferenças significativas na análise da auto-percepção do envelhecimento em função da idade. Com base no mesmo, verifica-se que nas subescalas Controlo negativo e Representações emocionais existem diferenças significativas, registando o grupo da velhice um menor controlo percebido sobre as experiências negativas relacionadas com o processo de envelhecimento,  $U = 482.00$ ,  $z = -1.989$ ,  $p = .047$ , assim como uma visão mais negativa

<sup>2</sup> Considerando a informação referenciada no capítulo precedente, a escala Identidade (que engloba as subescalas Identidade A e Identidade B), visto não contemplar as percepções acerca do processo de envelhecimento, será analisada de forma independente das restantes escalas do QPE, não sendo, deste modo, necessário proceder à transformação em resultados padronizados.



do seu próprio envelhecimento,  $U = 475.00$ ,  $z = -2.061$ ,  $p = .039$ , do que os adultos de meia-idade.

Do mesmo modo, registam-se, igualmente, diferenças significativas nas subescalas Identidade A e Identidade B, onde o grupo da velhice experiencia mais mudanças na sua condição de saúde,  $U = 397.00$ ,  $z = 2.930$ ,  $p = .003$ , do que o grupo da meia-idade. Por conseguinte, o grupo dos adultos mais velhos, em comparação com os adultos mais novos, considera, igualmente, que essas mudanças se associam ao processo de envelhecer,  $U = 440.50$ ,  $z = 2.165$ ,  $p = .030$ .

#### 4.1.2 Caracterização da auto-perceção do envelhecimento em função do género

Neste segundo subtópico, procede-se à caracterização da auto-perceção do envelhecimento em função do género dos participantes, ficando a amostra dividida em dois grupos: o sexo masculino e o sexo feminino. O Quadro 4 apresenta a informação relativa à média, desvio padrão e mediana.

#### Quadro 4

*Caracterização da auto-perceção do envelhecimento em função do género*

	Masculino <sup>a</sup>			Feminino <sup>b</sup>		
	M	DP	Mdn	M	DP	Mdn
Duração crónica	0.091*	1.08*	2.80	-.071*	.944*	3.00
Duração cíclica	-.127*	1.00*	2.60	-.071*	.944*	2.80
Conseq. positivas	-.071*	1.28*	3.67	.056*	.721*	3.67
Conseq. negativas	-.118*	1.11*	2.90	.092*	.906*	3.20
Controlo positivo	-.047*	1.14*	4.00	.036*	.889*	3.80
Controlo negativo	.118*	1.00*	3.50	-.091*	1.00*	3.25
Repres. emocionais	-.032*	1.14*	2.40	.025*	.894*	2.80
Identidade A	4.84	3.51	4.00	7.02	3.17	6.00
Identidade B	3.19	3.20	2.00	4.45	3.58	4.00

$N = 73$ ;  $n^a = 33$ ;  $n^b = 41$

\* Utilizadas notas  $z$  (para poder estabelecer comparações entre as subescalas, cujas notas brutas correspondem a pontuações resultantes de um número distinto de itens por subescala)

Com base nos dados apresentados no Quadro 4, regista-se que os participantes do género masculino apresentam valores mais elevados nas subescalas Duração crónica e Controlo negativo, enquanto que os do género feminino demonstram resultados mais elevados nas escalas Duração cíclica, Consequências positivas, Consequências negativas, Controlo positivo, Representações emocionais, Identidade A e Identidade B.

Contudo, com recurso ao teste de Mann-Whitney (devido à distribuição não normal dos resultados), verificou-se que estas diferenças apenas se revelaram significativas na subescala Identidade A, percecionando o género feminino um maior número de mudanças na sua saúde no decorrer do seu próprio envelhecimento,  $U = 385.00$ ,  $z = -3.028$ ,  $p = .002$ , em comparação com o género masculino.

#### **4.1.3 Caracterização da auto-perceção do envelhecimento em função das mudanças percebidas na saúde e atribuição das mesmas ao processo de envelhecimento**

No QPE, outras das variáveis observadas foram as mudanças sentidas na saúde nos últimos dez anos (associadas à Identidade A) e a atribuição das mesmas ao processo de envelhecimento (associadas à Identidade B). No Quadro 5 apresentam-se as frequências de ambas.

##### **Quadro 5**

*Caracterização da auto-perceção do envelhecimento em função das mudanças percebidas na saúde e atribuição das mesmas ao envelhecimento*

Mudanças na saúde	Frequência	
	Experienciou esta mudança	Atribui a mudança ao envelhecimento
Problemas de peso	49.3	13.7
Problemas em dormir	45.2	20.5
Hérnia discal	13.7	5.5
Dores nas articulações	60.3	45.2
Dificuldade em movimentar-se	21.9	17.8
Perda do equilíbrio	20.5	13.7
Perda de força	41.1	37.0
Abrandar o ritmo	47.9	37.0
Cãimbras	41.1	20.5
Problemas nos ossos/articulações	58.9	43.8
Problemas de coração	13.7	6.8
Problemas nos ouvidos/ouvir	21.9	16.4
Alterações nos olhos/visão	76.7	53.4
Problemas respiratórios	8.2	2.7
Problemas nos pés	21.9	16.4
Depressão	23.3	11.0
Ansiedade	41.1	17.8

$N=73$

Respeitante às queixas predominantemente sentidas nos últimos dez anos, verifica-se que as alterações nos olhos e na visão, as dores nas articulações e os problemas nos ossos e nas articulações, são aquelas que são maioritariamente apontadas pelos participantes, sendo referidas por mais de metade da amostra estudada. Neste seguimento, são igualmente as mais denotadas como associadas ao processo de envelhecimento.

Em detrimento do acima descrito, a hérnia discal, os problemas de coração e os problemas respiratórios são as alterações salientadas menos vezes, surgindo em menos de 15% da amostra, sendo, equitativamente, as menos atribuídas ao processo de envelhecimento.

Com o propósito de se considerarem e analisarem as mudanças sentidas e a atribuição das mesmas ao processo de envelhecimento, em função da idade e do género, em seguida figuram os resultados relativos a esses aspetos (Quadro 6 e Quadro 7, respetivamente).

No Quadro 6 verifica-se que as mudanças sentidas nos últimos dez anos, predominantes no grupo da meia-idade, são as alterações nos olhos e na visão, as dores nas articulações e os problemas nos ossos e nas articulações, sendo concomitante com os valores encontrados para a amostra total do estudo. Todavia, quando considerado o grupo dos mais velhos, as queixas abrangem não só estes três aspetos, como também os problemas de peso e o abrandamento do ritmo.

Todas estas mudanças sentidas, na sua funcionalidade e no seu estado de saúde, são atribuídas ao processo de envelhecimento, destacando-se, assim, os problemas nos ossos e nas articulações, as alterações nos olhos e na visão, o abrandamento do ritmo e as dores nas articulações.

Com recurso ao teste de Mann-Whitney, testando as diferenças entre o grupo de idades na Identidade A (queixas/mudanças percecionadas na saúde) e na Identidade B (atribuição das queixas ao processo de envelhecimento), verificaram-se diferenças significativas nos resultados obtidos (Identidade A:  $U = 397.00$ ,  $z = -2.930$ ,  $p = .003$ ; Identidade B:  $U = 440.500$ ,  $z = -2.165$ ,  $p = .030$ ), sendo o grupo da velhice aquele que apresenta mais queixas e as atribui ao processo de envelhecimento.

**Quadro 6**

*Experiência de mudanças na saúde e atribuição dessas mudanças ao envelhecimento em função da idade*

Mudanças na saúde	Meia-idade <sup>a</sup>		Velhice <sup>b</sup>	
	Frequência		Frequência	
	Experienciou esta mudança	Atribui a mudança ao envelhecimento	Experienciou esta mudança	Atribui a mudança ao envelhecimento
Problemas de peso	37.5	10.0	63.6	18.2
Problemas em dormir	40	17.5	51.5	24.2
Hérnia discal	12.5	5.0	15.2	6.1
Dores nas articulações	57.5	42.5	63.6	48.5
Dificuldade em movimentar-se	15.0	12.5	30.3	24.2
Perda do equilíbrio	10.0	5.0	33.3	24.2
Perda de força	25.0	17.5	60.6	60.6
Abrandar o ritmo	35.0	25.0	63.6	51.5
Cãibras	42.5	17.5	39.4	24.2
Problemas nos ossos/articulações	50.0	30.0	69.7	60.6
Problemas de coração	5.0	0.00	24.2	15.2
Problemas nos ouvidos/ouvir	17.5	15.0	27.3	18.2
Alterações nos olhos/visão	72.5	50.0	81.8	57.6
Problemas respiratórios	5.0	0.00	12.1	6.1
Problemas nos pés	17.5	15.0	27.3	18.2
Depressão	20.0	7.5	27.3	15.2
Ansiedade	40.0	12.5	42.4	24.2

$N = 73$ ;  $n^a=40$ ;  $n^b=33$

Respeitante ao género, é possível observar, no Quadro 7, que as mudanças percebidas na saúde mais preponderantes no género masculino são as alterações nos olhos e na visão, as dores nas articulações e os problemas de peso, sendo as duas primeiras as mais atribuídas pelos mesmos ao processo de envelhecer. No que concerne ao género feminino, este atribui maior relevância às alterações nos olhos e na visão, aos problemas nos ossos e nas articulações, às dores nas articulações e à ansiedade, sendo,

tal como nos homens, as três primeiras queixas, maioritariamente, atribuídas ao processo de envelhecer.

Neste caso, através do teste de Mann-Whitney, registaram-se diferenças significativas entre géneros ao nível da Identidade A ( $U = 385.00$ ,  $z = -3.028$ ,  $p = .002$ ), sendo o género feminino aquele que apresenta maior número de queixas. Todavia, estas diferenças não se revelaram significativas ao nível da Identidade B ( $U = 475.00$ ,  $z = -1.693$ ,  $p = .090$ ).

### Quadro 7

*Experiência de mudanças na saúde e atribuição dessas mudanças ao envelhecimento em função do género*

Mudanças na saúde	Masculino <sup>a</sup>		Feminino <sup>b</sup>	
	Frequência		Frequência	
	Experienciou esta mudança	Atribui a mudança ao envelhecimento	Experienciou esta mudança	Atribui a mudança ao envelhecimento
Problemas de peso	46.9	12.5	51.2	14.6
Problemas em dormir	40.6	21.9	48.8	19.5
Hérnia discal	9.4	3.1	17.1	7.3
Dores nas articulações	50.0	40.6	68.3	48.8
Dificuldade em movimentar-se	21.9	15.6	22.0	19.5
Perda do equilíbrio	21.9	15.6	19.5	12.2
Perda de força	31.3	28.1	48.8	43.9
Abrandar o ritmo	40.6	31.3	53.7	41.5
Cãibras	25.0	12.5	53.7	26.8
Problemas nos ossos/articulações	37.5	28.1	75.6	56.1
Problemas de coração	15.6	9.4	12.2	4.9
Problemas nos ouvidos/ouvir	25.0	18.8	19.5	14.6
Alterações nos olhos/visão	71.9	46.9	80.5	58.5
Problemas respiratórios	9.4	3.1	7.3	2.4
Problemas nos pés	6.3	3.1	34.1	26.8
Depressão	9.4	6.3	34.1	14.6
Ansiedade	21.9	12.5	56.1	22.0

$N = 73$ ;  $n^a = 33$ ;  $n^b = 41$

## 4.2. Caracterização da auto-perceção da atividade física e da saúde na amostra total

Neste segundo subcapítulo, procede-se à caracterização da auto-perceção da condição física e da saúde dos participantes da amostra em estudo. Para o efeito, procedeu-se à análise descritiva dos resultados obtidos pelos participantes no QAFS. No Quadro 8, encontram-se os resultados relativos à média, desvio-padrão e mediana.

### Quadro 8

*Caracterização da auto-perceção da condição física e da saúde na amostra total*

	M	DP	Mdn
Perceção da condição física	88.08	7.844	88.00
Perceção do estado de saúde	9.03	2.427	9.00
QAFS Total	97.07	9.459	98.00

$N=73$

### 4.2.1 Caracterização da auto-perceção da condição física e da saúde em função da idade

Neste subtópico, procede-se à exploração da auto-perceção da condição física e da saúde dos participantes em função da idade, distinguindo os sujeitos em dois grupos: meia-idade, com idades compreendidas entre os 40 e os 64 anos, e velhice, com idades superiores a 65 anos. O Quadro 9 expõe a informação relativa à média, desvio-padrão e mediana.

### Quadro 9

*Caracterização da auto-perceção da condição física e da saúde em função da idade*

	Meia-idade <sup>a</sup>			Velhice <sup>b</sup>		
	M	DP	Mdn	M	DP	Mdn
Perceção da condição física	89.30	6.626	89.50	86.61	8.989	87.00
Perceção do estado de saúde	9.40	2.340	10.00	8.58	2.488	9.00
QAFS Total	98.63	7.899	100.00	95.18	10.890	97.00

$N=73$ ;  $n^a=40$ ;  $n^b=33$

Consoante os dados adquiridos, constata-se que o grupo da meia-idade apresenta valores ligeiramente mais elevados que o grupo da velhice no QAFS, sugerindo, assim, que os indivíduos mais novos avaliam de forma mais positiva a sua condição de saúde e capacidades físicas. Uma vez que não se verificam os pressupostos da normalidade, aplicou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney, para determinar se existem

diferenças significativas na análise da auto-perceção de saúde e da condição física em função da idade. Todavia, não se registaram tais diferenças ( $U = 511.00$ ,  $z = -1.655$ ,  $p = .098$ )<sup>3</sup>.

#### 4.2.2 Caracterização da auto-perceção da condição física e da saúde em função do género

Neste segundo subtópico, realiza-se a caracterização da auto-perceção da condição física e da saúde dos participantes em função do género, subdividindo-se a amostra em género feminino e género masculino. O Quadro 10 apresenta a informação relativa à média, desvio padrão e mediana, consoante os grupos definidos.

##### Quadro 10

*Caracterização da auto-perceção da condição física e da saúde em função do género*

	Masculino <sup>a</sup>			Feminino <sup>b</sup>		
	M	DP	Mdn	M	DP	Mdn
Perceção da condição física	88.16	8.674	88.00	88.02	7.240	88.00
Perceção do estado de saúde	9.44	2.257	10.00	8.71	2.532	9.00
QAFS Total	97.59	10.191	99.00	96.73	8.835	97.00

$N = 73$ ;  $n^a = 33$ ;  $n^b = 41$

Com base nos resultados apresentados no Quadro 10, verifica-se que as diferenças entre os géneros são praticamente inexistentes, não se registando, obviamente, através da aplicação do teste não-paramétrico de Mann-Whitney, diferenças estatísticas significativas ( $U = 591.00$ ,  $z = -.724$ ,  $p = .469$ )<sup>4</sup>.

#### 4.2.3 Análise da relação entre itens das subescalas auto-perceção da condição física e auto-perceção da saúde do QAFS

Antes de se iniciar a análise das relações existentes entre os dois questionários utilizados no presente estudo, procedeu-se à exploração da relação entre a funcionalidade, avaliada através da capacidade do indivíduo realizar atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária (item 7 do QAFS), a existência de um problema de saúde diagnosticado (item 16 do QAFS), a comparação da condição física e da saúde com sujeitos do mesmo género e idade (itens 2 e 12, respetivamente, do

<sup>3</sup> Note-se que para a obtenção destes resultados se consideraram os valores totais do QAFS.

<sup>4</sup> Note-se que para a obtenção destes resultados, tal como no caso precedente, se consideraram os valores totais do QAFS.

QAFS) e as subescalas auto-percepção da condição física e de saúde do QAFS, com recurso ao cálculo do coeficiente de correlação de Spearman (face à não normalidade da distribuição). Os resultados obtidos apresentam-se no Quadro 11.

### Quadro 11

*Análise correlacional entre a funcionalidade, a existência de problemas de saúde diagnosticados e as subescalas do QAFS*

	Percepção da condição física	Percepção do estado de saúde
AVD Total	.575*	.625*
AIVD Total	.566*	.327*
Problema de saúde diagnosticado	.306*	.598*
Comparação da condição física com outros	.419*	.557*
Comparação da condição física com outros	.406*	.753*

\* $p < .01$

N=73

Através da observação dos resultados, apresentados no Quadro 11, verifica-se que a funcionalidade dos indivíduos, o diagnóstico de um problema de saúde e a comparação da sua condição física e do estado de saúde com os indivíduos do mesmo género e idade, se correlacionam significativa e positivamente com a avaliação da condição física e da saúde.

### 4.3 Resultados Correlacionais

Neste terceiro subcapítulo, procede-se à análise das associações existentes entre as variáveis em estudo. Inicialmente averiguam-se as correlações existentes entre as mudanças percebidas na saúde e a auto-percepção da condição física e do estado de saúde atual; seguidamente procede-se à análise da relação entre a auto-percepção do envelhecimento e a auto-percepção da condição física e do estado de saúde; e posteriormente analisa-se a relação entre idade cronológica, a idade percebida e a idade desejada.



#### 4.3.1 Análise da relação entre as mudanças percebidas na saúde e a auto-percepção do estado de saúde atual

Para a análise da associação entre as mudanças percebidas na saúde (subescala Identidade A do QPE) e a auto-percepção de saúde, realizou-se o cálculo do coeficiente de correlação de Spearman (face à distribuição não normal dos resultados). Numa primeira análise, verificou-se que existia uma correlação significativa negativa entre as duas variáveis ( $r_s = -.597$ ,  $p < .01$ ), evidenciando que face ao aumento das queixas percebidas na saúde, ocorre um decréscimo na auto-percepção do estado de saúde do indivíduo.

Perante os resultados encontrados, procedeu-se, ainda, a uma exploração mais exaustiva da relação existente entre os itens da subescala Identidade A e a auto-percepção do estado de saúde. No Quadro 12, figuram os resultados obtidos relativamente à associação entre as variáveis.

#### Quadro 12

*Análise correlacional das mudanças percebidas na saúde e a auto-percepção do estado de saúde atual*

Mudanças na saúde	Percepção do estado de saúde
Problemas de peso	-.355**
Problemas em dormir	-.272*
Hérnia discal	-.135
Dores nas articulações	-.249*
Dificuldade em movimentar-se	-.440**
Perda do equilíbrio	-.262*
Perda de força	-.385**
Abrandar o ritmo	-.348**
Cãimbras	-.237*
Problemas nos ossos/articulações	-.315**
Problemas de coração	-.248*
Problemas nos ouvidos/ouvir	-.181
Alterações nos olhos/visão	-.249*
Problemas respiratórios	-.166
Problemas nos pés	-.178
Depressão	-.237*
Ansiedade	-.217

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

$N=73$

No que respeita à relação existente entre os itens da subescala Identidade A e a auto-perceção do estado de saúde, verifica-se uma correlação significativa negativa entre a generalidade dos itens, não se registando, porém, correlações significativas nos itens hérnia discal, problemas nos ouvidos e em ouvir, problemas respiratórios, problemas nos pés e ansiedade.

#### **4.3.2 Análise da relação entre as mudanças percebidas na saúde e a auto-perceção da condição física**

Com o propósito de analisar a relação existente entre as mudanças percebidas na saúde (subescala Identidade A do QPE) e a auto-perceção da condição física, recorreu-se, perante a distribuição não normal dos resultados, ao cálculo do coeficiente de correlação de Spearman. Através do mesmo, registou-se uma correlação significativa negativa entre as variáveis ( $r_s = -.321$ ,  $p < .01$ ), demonstrando que a perceção da condição física diminui à medida que aumentam as queixas percebidas na saúde dos indivíduos. No Quadro 13, apresentam-se os resultados de uma análise mais detalhada da relação existente entre os itens da subescala Identidade A e a auto-perceção da condição física.

No que concerne à relação existente entre os itens da subescala Identidade A e a auto-perceção da condição física dos indivíduos, observa-se uma correlação negativa entre a generalidade dos itens. Todavia, a correlação apenas é significativa no item dificuldade em movimentar-se ( $r_s = -.507$ ,  $p < .01$ ).

### Quadro 13

*Análise correlacional das mudanças percebidas na saúde e da auto-percepção da condição física atual*

Mudanças na saúde	Percepção da condição física
Problemas de peso	-.169
Problemas em dormir	-2.26
Hérnia discal	.088
Dores nas articulações	-.042
Dificuldade em movimentar-se	-.507*
Perda do equilíbrio	-.142
Perda de força	-.163
Abrandar o ritmo	-.178
Cãimbras	.059
Problemas nos ossos/articulações	-.170
Problemas de coração	-.181
Problemas nos ouvidos/ouvir	-.156
Alterações nos olhos/visão	-.230
Problemas respiratórios	-.087
Problemas nos pés	-.177
Depressão	-.226
Ansiedade	-.062

\* $p < .01$

$N=73$

#### **4.3.3 Análise da relação entre a auto-percepção do envelhecimento e a auto-percepção da condição física e de saúde**

Para o estudo da análise da associação entre a auto-percepção do envelhecimento e a auto-percepção de saúde e da condição física, realizou-se o cálculo do coeficiente de correlação de Spearman (face à distribuição não normal dos resultados) entre os instrumentos QPE e QAFS. Os resultados obtidos relativamente à associação entre as variáveis figuram no Quadro 14.

#### Quadro 14

*Análise correlacional da auto-perceção do envelhecimento, da auto-perceção da condição física e de saúde*

	Duração crónica	Duração cíclica	Conseq. positivas	Conseq. negativas	Controlo positivo	Controlo negativo	Repres. emocionais
QAFS Total	-.245*	-.048	.207	-.380**	.201	.304**	-.158

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

$N=73$

Através da observação dos resultados presentes no Quadro 14, é possível afirmar que se verificam correlações significativas entre o QAFS e as subescalas Duração crónica ( $r_s = -.245$ ,  $p < .05$ ), Consequências positivas ( $r_s = .380$ ,  $p < .01$ ) e Controlo negativo ( $r_s = .304$ ,  $p < .01$ ), do QPE.

#### 4.3.4 Análise da relação entre a idade cronológica, a idade percebida e a idade desejada

Para explorar as relações existentes entre a idade cronológica, a idade percebida e a idade desejada, uma vez que as variáveis apresentam uma distribuição não normal, realizou-se o cálculo do coeficiente de correlação de Spearman. No Quadro 15 apresentam-se, então, os resultados referentes à associação entre as variáveis.

#### Quadro 15

*Análise correlacional da idade cronológica, idade percebida e idade desejada*

	Idade cronológica	Idade percebida	Idade desejada
Idade cronológica	-	-	-
Idade percebida	.654*	-	-
Idade desejada	.315*	.428*	-

\* $p < .01$

$N=73$

Constata-se, através da observação do Quadro 15, que todas as variáveis relacionadas com a idade se correlacionam significativa e positivamente entre si, evidenciando que à medida que a idade cronológica aumenta, acresce igualmente a idade percebida e a idade desejada. Com o intuito de se adquirir informação mais detalhada, procedeu-se, equitativamente, à exploração da relação entre as variáveis em função do género. Os resultados figuram no Quadro 16.

### Quadro 16

*Análise correlacional da idade cronológica, idade percebida e idade desejada em função do gênero*

	Masculino <sup>a</sup>		Feminino <sup>b</sup>	
	Idade percebida	Idade desejada	Idade percebida	Idade desejada
Idade cronológica	.683**	.311	.644**	.331*
Idade percebida	-	.306	-	.517**

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

$N = 73$ ;  $n^a = 33$ ;  $n^b = 41$

Através da observação do Quadro 16, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre todas as variáveis no gênero feminino. Contudo, no gênero masculino, apenas surgem diferenças significativas quando comparadas a idade cronológica com a idade percebida.

#### 4.4 Análise das subescalas do QPE e do QAFS em função da idade percebida

Com o intuito de compreender e explorar as diferenças dos resultados entre a idade percebida e a auto-percepção do envelhecimento, procedeu-se à divisão da amostra em estudo em três grupos: os sujeitos que apresentam uma identidade de idade superior à idade cronológica (grupo um), os que apresentam uma identidade de idade equivalente à idade cronológica (grupo dois) e os que apresentam uma identidade de idade inferior à idade cronológica (grupo três). No Quadro 17 apresentam-se as frequências relativas a estes dados.

### Quadro 17

*Caracterização da amostra em estudo em função dos grupos da idade percebida*

	Frequência	Porcentagem
Identidade de idade > Idade cronológica	7	9.6
Identidade de idade = Idade cronológica	22	30.1
Identidade de idade < Idade cronológica	44	60.3

$N=73$

Para estudar estas diferenças recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis, para comparação de dois ou mais grupos. Sempre que as diferenças se revelaram estatisticamente significativas após a aplicação do teste de Kruskal-Wallis, realizaram-se comparações entre grupos, para apurar onde residia a diferença.

De seguida, enumeram-se as situações onde se registaram diferenças significativas, salientando que relações entre a idade percebida e as subescalas do Questionário de Percepções de Envelhecimento e do Questionário de Atividade Física e Saúde, que não apresentem significância estatística, não serão mencionadas no presente subcapítulo.

No que respeita ao QPE, encontram-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Duração crónica ( $H(2) = 7.936$ ,  $p = .019$ ), Consequências positivas ( $H(2) = 7.413$ ,  $p = .025$ ), Consequências negativas ( $H(2) = 11.515$ ,  $p = .003$ ), Controlo negativo ( $H(2) = 11.425$ ,  $p = .003$ ) e Representações emocionais ( $H(2) = 11.838$ ,  $p = .003$ ). Através das comparações entre grupos<sup>5</sup>, registou-se que, nas subescalas Duração crónica ( $p = .015$ ) e Consequências positivas ( $p = .021$ ), as diferenças relativas à identidade de idade revelaram-se significativas quando comparados os grupos um e três. Respeitante às subescalas Consequências negativas, Controlo negativo e Representações emocionais, estas revelaram diferenças estatisticamente significativas quando comparados os grupos um e dois ( $p = .002$ ;  $p = .003$ ;  $p = .002$  respetivamente), e os grupos um e três ( $p = .013$ ;  $p = .007$ ;  $p = .014$  respetivamente).

No que concerne ao QAFS, encontram-se diferenças estatisticamente significativas nos itens relativos à auto-perceção da condição física ( $H(2) = 14.326$ ,  $p = .001$ ), à auto-perceção da saúde ( $H(2) = 14.822$ ,  $p = .001$ ) e ao questionário total ( $H(2) = 16.218$ ,  $p = .000$ ). Recorrendo às comparações entre grupos, verificou-se que as diferenças são estatisticamente significativas entre os grupos um e dois ( $p = .001$ ;  $p = .011$ ;  $p = .001$ , respetivamente) e entre os grupos um e três ( $p = .001$ ;  $p = .000$ ;  $p = .000$ , respetivamente).

---

<sup>5</sup> Note-se que, devido à possibilidade de erro de Tipo I, não se recorreu ao teste de comparação entre dois grupos independentes de Mann-Whitney, utilizando-se os resultados encontrados nos outputs fornecidos pelo teste de comparação entre grupos de Kruskal-Wallis.

## **Capítulo 5. Discussão**

Neste capítulo, procede-se à discussão dos resultados obtidos no presente estudo, consoante os objetivos e as hipóteses, descritos no capítulo 2. Primeiramente discutem-se os resultados relativos à caracterização da auto-perceção do envelhecimento na amostra total e em função da idade e do género; de seguida, a discussão incide sobre os resultados respeitantes à caracterização da auto-perceção da condição física e de saúde na amostra total e em função da idade e do género; e por último, discutem-se as correlações entre a idade, o género, a auto-perceção do envelhecimento, as mudanças sentidas na saúde e a auto-perceção da condição física e de saúde.

### **5.1 Caracterização da auto-perceção do envelhecimento**

Neste subcapítulo discutem-se os resultados relativos ao primeiro ponto de análise neste trabalho, a auto-perceção do envelhecimento. Através da análise das escalas do QPE, excluindo a subescala Identidade (A e B), na amostra total em estudo, constata-se que as escalas Controlo positivo, Consequências positivas e Controlo negativo apresentam os valores mais elevados e que as escalas Representações emocionais e Duração cíclica apresentam os valores mais baixos. Embora na sua generalidade, os resultados encontrados sejam semelhantes aos alcançados no estudo de Barker e colaboradores (2007), no estudo dos autores a escala Controlo negativo apresentava resultados mais baixos. Assim, o resultado encontrado na amostra estudada poderá traduzir que esta amostra, mais escolarizada, mais informada e com maior satisfação com a sua situação económica, ou seja, detentora de maiores recursos, poderá perceber um maior controlo sobre as experiências negativas relacionadas com o processo de envelhecimento.

Conferindo maior dedicação aos resultados obtidos, regista-se que, na amostra em estudo, tal como na amostra irlandesa de Barker e colaboradores (2007), o envelhecimento parece ser conceptualizado como um processo crónico e persistente, marcado por um acentuar do declínio, das perdas e das dificuldades. Esta perspetiva vai de encontro ao evidenciado pela literatura que sustenta que as crenças pessoais sobre o envelhecimento são, em parte, influenciadas pela visão negativa e pejorativa que a sociedade detém sobre o envelhecimento (e.g., Ballesteros et al., 2013; Rudinger & Thomae, 1990).

Apesar desta visão mais crónica do processo de envelhecimento, os indivíduos da amostra estudada, parecem, na sua generalidade, possuir uma visão mais otimista do

seu envelhecimento (valores inferiores na escala Representações emocionais), sentindo a experiência do envelhecer como um acentuar das consequências positivas e uma minimização dos acontecimentos negativos e indesejáveis. Equitativamente parece existir, na amostra estudada, uma maior percepção de controlo quer sobre as experiências positivas, quer sobre as experiências negativas, permitindo, hipoteticamente, um maior envolvimento com o processo de envelhecer e um investimento na sua saúde. Deste modo, tal como defendido por Levy (2003) e Sargent Cox e colaboradores (2012b), esta maior percepção de controlo poderá conduzir a uma maior adaptação às alterações e às mudanças na saúde que decorrem com o progredir da idade, o que se revela fundamental para a aquisição de uma maior satisfação com o processo de envelhecer (Montepare & Lachman, 1989).

Relativamente às mudanças percebidas na saúde (subescala Identidade A), os resultados observados, na amostra total, demonstram que os mais experienciados foram as alterações nos olhos e na visão, as dores nas articulações e os problemas nos ossos e nas articulações, sendo também aquelas que foram maioritariamente atribuídas ao processo de envelhecimento. Neste seguimento, as queixas menos percecionadas na saúde, nos últimos dez anos, foram a hérnia discal, os problemas de coração e os problemas respiratórios, sendo, igualmente, as menos atribuídas ao envelhecimento. Embora parcialmente relacionadas com os resultados obtidos por Barker e colaboradores (2007), na amostra destes investigadores salientavam-se ainda como mais frequentes as queixas relativas ao abrandamento do ritmo e à perda de força e como menos frequentes a depressão e a ansiedade, estando todas elas respetivamente associadas ao processo de envelhecimento. Contudo, os resultados encontrados na amostra estudada poderão advir das boas capacidades funcionais registadas pelos participantes, influenciando, assim, as queixas descritas e a atribuição das mesmas ao processo de envelhecimento.

Analisando mais pormenorizadamente a auto-percepção do envelhecimento em função da idade e do género, no que concerne à primeira, o grupo da meia-idade da amostra em estudo, apresenta valores tendencialmente mais elevados nas subescalas Duração cíclica, Consequências positivas, Controlo positivo e Controlo negativo, assim como valores mais baixos nas subescalas Duração crónica, Consequências negativas e Representações emocionais, revelando uma visão mais otimista e positiva do envelhecimento, bem como uma maior percepção de controlo sobre as experiências, quer positivas, quer negativas, relacionadas com o mesmo. Constata-se, deste modo, tal



como evidenciado por Kotter-Grühn e colaboradores (2009), que se tende a registar, com o aumento da idade, um declínio nas auto-percepções do envelhecimento. Assim, de acordo com o acima referenciado, constata-se que a hipótese 1a é confirmada, detendo o grupo da velhice uma pior percepção de envelhecimento.

Equitativamente encontram-se diferenças significativas entre os dois grupos de idade nas subescalas relativas às mudanças experienciadas na saúde, apresentando o grupo da velhice um maior número de queixas e mudanças percebidas na sua condição de saúde (atribuindo maior relevo às alterações nos olhos e na visão, às dores nas articulações e aos problemas nos ossos e nas articulações), assim como uma atribuição das mesmas ao processo de envelhecimento. Todavia, este aumento nas mudanças percebidas, acompanhado como registado anteriormente, por um decréscimo na auto-percepção do envelhecimento, poderá advir da diminuição da capacidade para compensar as perdas sentidas na saúde e na funcionalidade que se registam com o aproximar do fim da vida (Kotter-Grühn et al., 2009). Desta forma, consoante os resultados encontrados, a hipótese 1b é confirmada.

Respeitante ao género, embora os resultados apontassem no sentido esperado e o sexo feminino apresentasse valores tendencialmente mais elevados nas subescalas Duração cíclica, Consequências positivas, Consequências negativas, Controlo positivo e Representações emocionais, as diferenças não se revelaram estatisticamente significativas, não se confirmando, assim, a hipótese 1c.

Porém, ao nível das mudanças sentidas na saúde, encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa, evidenciando o género feminino um maior número de queixas. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos no estudo de Kotter-Grühn e colaboradores (2009), que registaram que o género masculino, possivelmente devido ao menor impacto das alterações sentidas com a idade, apresenta uma melhor auto-percepção do envelhecimento. Assim, de acordo com os resultados evidenciados pela amostra estudada, a hipótese 1d é confirmada.

## **5.2 Caracterização da auto-percepção da condição física e de saúde**

Neste subcapítulo discutem-se os resultados referentes ao segundo objetivo específico do presente trabalho, nomeadamente a auto-percepção da condição física e de saúde. Baseado na análise do QAFS, constata-se que, na amostra total em estudo, os sujeitos apresentam, na sua generalidade, uma boa auto-percepção da condição física e de saúde, o que, tal como enumerado anteriormente, pode dever-se à inserção dos

participantes na comunidade e às escassas dificuldades enumeradas que não exercem um papel determinante nas capacidades funcionais dos indivíduos (Leinonen et al., 2001). Contudo, quando analisado de forma mais detalhada, em função da idade, verifica-se que o grupo da velhice apresenta resultados ligeiramente mais elevados que o grupo da meia-idade, quer relativamente à auto-perceção da condição física, quer na auto-perceção de saúde. Assim, infere-se que a associação negativa existente entre a condição física e a idade cronológica poderá ser preditora, num futuro próximo, de um acentuar das dificuldades e da dependência sentidas pelos sujeitos (Anderson-Bill et al., 2011).

Do mesmo modo, apesar da avaliação global do QAFS ser positiva, os resultados encontrados demonstraram que à medida que a funcionalidade diminui, i.e., à medida que o sujeito evidencia mais dificuldades na execução das AVD e nas AIVD, diminui a auto-perceção do estado de saúde dos indivíduos. Assim, estes resultados obtidos enquadram-se no previsto pela literatura que indica que o envelhecimento está associado ao aumento das fragilidades e dificuldades, a um declínio e a uma deterioração no estado de saúde (Botelho, 2000), que influencia a avaliação que os sujeitos fazem da sua condição de saúde (Kramarow, Lenntzner, Rooks, Weeks, & Saydah, 1999 cit. por Pinguart, 2001; Ocampo, 2010). Desta forma, de acordo com o que foi evidenciado por Pinguart (2001), este estudo revelou que apesar de existirem condições de saúde objetiva que influenciam o estado de saúde dos indivíduos, tais como a presença de problemas de saúde ou um decréscimo nas capacidades funcionais, a forma como se auto-percionam e avaliam, face aos outros, determina igualmente a forma como avaliam a sua condição física e o seu estado de saúde.

Contudo, embora os resultados apontem no sentido esperado, as diferenças não se revelaram estatisticamente significativas, não se confirmando a hipótese 2a nem a hipótese 2b.

No que respeita ao género, embora em alguns estudos se defenda que as mulheres detêm melhores auto-perceções de saúde e noutros se reforce que estas são demonstradas pelos homens, na amostra em estudo não se registaram diferenças estatisticamente significativas no que concerne à auto-perceção da condição física e de saúde, não sendo possível determinar se existe um género que avalia de forma mais negativa a sua saúde. Assim, não foi possível confirmar a hipótese 2c.

### **5.3 Correlação entre a auto-perceção do envelhecimento e a auto-perceção da condição física e de saúde**

Em congruência com os dados evidenciados no subcapítulo anterior, neste discutem-se os resultados relativos ao terceiro objetivo geral do presente trabalho, nomeadamente a análise da relação entre a auto-perceção do envelhecimento e a auto-perceção da condição física e de saúde.

Referente à análise da relação entre a auto-perceção do envelhecimento e a auto-perceção de saúde na amostra estudada, os resultados demonstraram uma associação entre as variáveis, registando-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Duração crónica, Consequências negativas e Controlo positivo. Desta forma, demonstram que, quanto mais os indivíduos se entregam aos estereótipos negativos e pejorativos em torno do envelhecimento (Rowe & Kahn, 1998) e o sentem como algo crónico e persistente, marcado pelo predomínio das perdas e do declínio (Barker et al., 2007), maior será o impacto na sua saúde e menor será a avaliação que fazem da mesma (Rudinger & Thomae, 1990). Em contrapartida, salientam, igualmente, que quanto maior for o controlo percebido sobre as experiências positivas que acompanham o ciclo de vida e o envelhecimento (Ballesteros et al., 2013), melhor será a perceção do seu estado de saúde.

Respeitante à relação entre as mudanças percebidas na saúde (subescala Identidade A do QPE) e a auto-perceção de saúde, os resultados revelaram uma associação negativa entre as variáveis, evidenciando que face ao aumento das mudanças e das queixas percebidas (e.g., dificuldade em movimentar-se, perda de força, abrandamento do ritmo, problemas de peso, nos ossos e nas articulações), se regista um decréscimo na auto-perceção do estado de saúde do indivíduo (Leinonen et al., 2001). Estes resultados permitem assim confirmar a hipótese 3a, relativa à associação negativa entre as mudanças percebidas e a auto-perceção de saúde.

No que concerne à relação entre a auto-perceção do envelhecimento e a auto-perceção da condição física, os resultados obtidos revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Consequências negativas e Controlo positivo. Assim, tal como se verifica na auto-perceção do estado de saúde, quanto menor for a atribuição de características e de aspetos negativos ao processo de envelhecimento e quanto maior for o controlo percebido sobre as experiências positivas relacionadas com o mesmo (Barker et al., 2007), melhor será a avaliação das capacidades funcionais e da condição física atual (Levy & Myers, 2004).

Embora os resultados tenham revelado uma associação negativa entre as mudanças percebidas na saúde e a auto-percepção da condição física, demonstrando que face ao aumento das queixas e das alterações sentidas na saúde se regista um decréscimo do investimento na condição física, os resultados apenas se revelaram significativos no item dificuldade em movimentar-se sendo este um preditor das capacidades funcionais dos sujeitos.

Relativamente ao resultado global do QAFS, observa-se uma associação negativa entre este e as subescalas Duração crónica, Duração cíclica, Consequências negativas e Representações emocionais, representando as restantes uma associação positiva. Neste caso, apenas as subescalas Duração crónica, Consequências negativas e Controlo positivo se revelaram significativas. Porém, apresentando as duas primeiras uma associação negativa com o QAFS (estando relacionadas com uma visão mais negativa do processo de envelhecimento) e a última uma associação negativa com o mesmo (traduzindo uma visão mais otimista da velhice), é possível afirmar que os indivíduos que apresentam uma auto-percepção mais positiva do envelhecimento detêm, igualmente, uma melhor auto-percepção da condição física e do estado de saúde. Assim sendo, com base nos resultados obtidos na amostra estudada, confirma-se a hipótese 3b.

#### **5.4 Análise das diferenças entre o QPE e o QAFS em função da idade percebida**

Neste subcapítulo discutem-se os resultados relativos ao quarto objetivo específico do presente trabalho, nomeadamente a análise da relação entre a idade percebida, a auto-percepção do envelhecimento e a auto-percepção da condição física e de saúde.

Através da análise dos resultados obtidos na amostra em estudo, constata-se que os mesmos sustentam a informação encontrada na literatura, evidenciando que a idade percebida, em detrimento da idade cronológica, desempenha um papel determinante na avaliação que os indivíduos fazem do seu envelhecimento, das suas capacidades funcionais e do seu estado de saúde (Demakakos et al., 2007). No que respeita ao QPE, na amostra total em estudo, concluiu-se que as subescalas Duração crónica, Consequências positivas, Consequências negativas, Controlo negativo e Representações emocionais apresentam diferenças estatisticamente significativas quando relacionadas com a idade percebida, nomeadamente quando esta se revela superior à idade cronológica. Relativamente ao QAFS, este demonstrou existirem igualmente diferenças

significativas entre os grupos quando a idade percebida apresenta valores superiores à idade cronológica.

Neste sentido, embora a generalidade da amostra tenha revelado sentir-se detentora de boas capacidades funcionais (Uotinen, Rantanen, Suutama, & Ruoppila, 2006), nem sempre a avaliação se demonstrou equivalente no que concerne à avaliação e comparação com os pares e com o próprio noutras etapas de vida (Kaufman & Elder Jr., 2002; Sherman, 1994). Assim sendo, apesar de se registar uma minoria de sujeitos que identificam sentir uma identidade de idade superior à sua idade cronológica – o que evidencia a satisfação e adaptação ao processo de envelhecimento da amostra em estudo – os resultados demonstram o impacto da mesma sobre forma como os indivíduos percecionam o seu envelhecimento, condição física e saúde, traduzindo, deste modo, o idadismo e os estereótipos negativos existentes em torno do processo de envelhecimento. Desta forma, poder-se-á inferir que, tal como defendido por Kaufman e Elder Jr. (2002), quando os indivíduos percecionam uma identidade de idade superior à idade cronológica, detêm, equitativamente, uma visão mais pejorativa da sua saúde e envelhecimento. Com base nos resultados encontrados, confirmam-se, então, as hipóteses 4a e 4b.

### **5.5 Correlação entre a idade cronológica, a idade percebida e a idade desejada**

Neste último subcapítulo discutem-se os resultados relativos ao quinto objetivo específico do presente trabalho, a análise das relações entre a idade cronológica, a idade percebida e a idade desejada.

Os resultados obtidos revelam existir uma associação positiva entre as variáveis, o que permite afirmar que à medida que se registam aumentos na idade cronológica, verifica-se, equitativamente, um aumento na idade percebida e na idade desejada. Todavia, embora as discrepâncias aumentem à medida que o indivíduo envelhece (Montepare & Lachman, 1989), salienta-se que estes resultados não traduzem uma perceção e um desejo de possuir uma idade superior à sua idade cronológica, mas sim um acréscimo da idade percebida e da idade desejada face ao aumento da idade cronológica.

Relativamente à análise da relação entre a idade cronológica, a idade percebida e a idade desejada em função do género, os resultados alcançados revelam existir uma associação positiva entre as três variáveis no género feminino. Porém, quando analisado o género masculino, apenas se encontraram diferenças significativas na exploração da

relação entre a idade cronológica e a idade percebida. Constata-se, desta forma, que as associações se revelam mais significativas nas mulheres, podendo esse fenómeno, de acordo com Montepare e Lachman (1989), estar nelas associado ao maior número de alterações que surgem com o processo de envelhecimento (e.g., menopausa, alterações físicas no corpo e rosto).

Sustentados pela literatura, estes resultados, em concordância com outros já referidos anteriormente, parecem evidenciar que os indivíduos que mantêm uma identidade mais jovem percebem o seu envelhecimento, condição física e saúde de forma mais positiva do que aqueles com identidades mais envelhecidas (Demakakos et al., 2007), que conferem maior relevo ao declínio e às perdas sentidas no decorrer do processo de envelhecimento, sentindo-se, assim, menos satisfeitos com o mesmo (Kotter-Grühn et al., 2009). Neste sentido, confirmam-se as hipóteses 5a e 5b.

Porém, denota-se que uma percentagem significativa de participantes da amostra em estudo revelou deter uma identidade de idade correspondente à sua idade cronológica. Assim, considera-se que será pertinente atender a estes resultados que, aparentemente, demonstram que, parte dos participantes da amostra em estudo, embora não se sintam com competências e com uma vitalidade associada a uma idade percebida inferior à sua idade cronológica, se encontram satisfeitos com o seu processo de envelhecimento, detendo uma visão mais positiva da velhice e estando capazes de se adaptarem às alterações decorrentes da mesma, mantendo e valorizando, assim, as suas capacidades e competências.

## Conclusão

No decorrer das décadas, o envelhecimento e a velhice têm sido estudados como um fenómeno que engloba uma diversidade de estereótipos, crenças e consequências que influenciam a visão que os indivíduos detêm sobre o seu próprio percurso ao longo do ciclo de vida. Uma sociedade com uma perspetiva mais negativa sobre o envelhecimento conduz a que os indivíduos receiem a entrada no mesmo, procurando, a todo o custo, evitá-lo. Todavia, os estilos de vida atuais, bem como as alterações que se têm registado na sociedade têm contribuído para a alteração da conceção existente em torno do envelhecimento. Assim, embora exista ainda um preconceito e uma visão pejorativa associada ao processo de envelhecer, nos dias de hoje, procura-se fomentar uma visão mais otimista e positiva da velhice, incentivando os adultos de idade avançada a investir nas competências que ainda detêm, como forma de compensar as dificuldades e declínios sentidos.

Considerando esta perspetiva, a presente investigação teve como foco o estudo da relação entre a auto-perceção do envelhecimento e a auto-perceção da condição física e de saúde, numa amostra de adultos com idades superiores a 40 anos, inseridos na comunidade. Assumiu, neste sentido, como objetivos específicos (1) a caracterização da amostra em estudo quanto à auto-perceção do envelhecimento, em função do género e de dois grupos de idade; (2) a caracterização da amostra quanto à auto-perceção da condição física e de saúde, em função do género e de dois grupos de idade; (3) a análise da relação existente entre a auto-perceção do envelhecimento e a auto-perceção da condição física e de saúde; (4) a análise da relação entre a identidade de idade, a auto-perceção do envelhecimento e a auto-perceção da condição física e de saúde; (5) e a exploração da associação entre a idade cronológica, a idade percebida e a idade desejada.

Os resultados obtidos demonstraram que a auto-perceção do envelhecimento, independentemente do género e da idade, se associa positivamente com a auto-perceção da condição física e de saúde, revelando que uma visão do envelhecimento mais positiva e otimista se relaciona com uma melhor avaliação da condição física e de saúde. Deste modo, as crenças e os estereótipos que os indivíduos detêm sobre a velhice são determinantes no investimento que fazem na sua saúde, conduzindo a uma melhor ou pior adaptação ao envelhecimento e às alterações decorrentes do mesmo.

As perceções, as expectativas e o investimento no envelhecimento, na condição física e na saúde, variam consoante determinadas características demográficas, tais

como a idade e o género. Deste modo, constatou-se que na velhice se regista uma pior percepção de envelhecimento, associada a um maior número de mudanças percecionadas na saúde, bem como a uma diminuição do investimento na atividade física e na saúde. No que respeita ao género, no que concerne à auto-percepção do envelhecimento, verificou-se uma concordância entre os dois géneros, muito embora o sexo feminino tenha identificado, tendencialmente, um maior número de mudanças percecionadas na saúde com o decorrer do processo de envelhecimento.

Considerando a auto-percepção da condição física e de saúde, encontraram-se diferenças significativas em função da idade, evidenciando os adultos de meia-idade uma avaliação mais positiva, parecendo, assim, não existir uma influência tão determinante das mudanças percebidas na saúde.

Encontrou-se igualmente, que um aumento no número de mudanças sentidas na saúde conduz a um decréscimo da auto-percepção da condição e de saúde. Porém, crê-se que este decréscimo do investimento na condição de saúde acentua as dificuldades e o declínio sentidos, determinando, assim, a auto-percepção que os indivíduos detêm sobre o seu processo de envelhecimento. Assim, embora se possa falar de um envelhecimento positivo associado à doença crónica, infere-se que à medida que a condição de saúde se agrava, regista-se, igualmente, uma deterioração na percepção de envelhecimento.

No que concerne à relação entre as idades, registou-se uma associação positiva entre a idade cronológica, a idade percebida e a idade desejada, registando-se um acréscimo da idade percebida e da idade desejada face ao aumento da idade cronológica. Estes resultados evidenciam, desta forma, a influência da idade cronológica sobre a auto-percepção do envelhecimento. Porém, denota-se que a generalidade dos sujeitos da amostra em estudo revelou uma boa adaptação e aceitação do seu processo de envelhecimento, não se deixando influenciar pela idade cronológica e percecionando uma idade mais jovem.

Todavia, embora a maioria dos participantes tenha revelado percecionar uma identidade de idade inferior ou igual à sua idade cronológica, uma pequena minoria identificou-a como superior à idade cronológica, o que comprovou o impacto da mesma nas auto-percepções de envelhecimento, da condição física e da saúde. Deste modo, constata-se a importância da promoção de um envelhecimento bem-sucedido como forma de fomentar uma maior percepção de controlo e satisfação com o mesmo, procurando, assim, alterar a visão pejorativa da sociedade em torno da velhice e substituí-la por um acentuar das potencialidades e das capacidades dos idosos.



O presente estudo denota, contudo, algumas limitações tais como a reduzida dimensão e as características da amostra estudada. Sendo constituída por apenas setenta e três participantes, não permite efetuar generalizações para a população idosa em geral, não se podendo afirmar que a sociedade se encontra em mudança e que se regista, com o decorrer das décadas, uma melhor adaptação ao envelhecimento e uma auto-perceção mais positiva do mesmo. Equitativamente, o facto de ser uma população com recursos e inserida na comunidade interfere grandemente nos resultados obtidos, principalmente no que respeita à saúde e à condição física. Neste sentido, consistindo a investigação na aplicação de questionários de autorrelato, poderão ter existido situações de desejabilidade social em que os sujeitos procuraram dar uma imagem mais positiva ou mais negativa de si mesmos, influenciando, assim, os resultados obtidos.

Apesar das limitações indicadas, o presente estudo contribui, de certa forma, para a compreensão do processo de envelhecimento, especialmente no que respeita à auto-perceção da condição física e da saúde, variáveis ainda pouco exploradas na população Portuguesa.

Desta forma, como um pequeno passo dado nesta área, futuras investigações, com amostras com maiores dimensões e portadoras de características e competências variadas, poderão ser determinantes no desenvolvimento dos conhecimentos nesta área, possibilitando a generalização dos resultados e das conclusões à população. Do mesmo modo, a eventual realização de estudos longitudinais poderá permitir a avaliação e exploração do evoluir da auto-perceção que os indivíduos detêm sobre o seu processo de envelhecimento, condição física e saúde, investigando e compreendendo, assim, o impacto das variáveis do meio e das mudanças percebidas sobre o investimento e as crenças existentes em torno da velhice.

## Referências Bibliográficas

- Anderson-Bill, E. S., Winett, R. A., Wojcik, J. R., & Williams, D. M. (2011). Aging and the social cognitive determinants of physical activity behavior and behavior change: Evidence from the guide to health trial. *Journal of Aging Research*, 2011, 1-12. doi:10.4061/2011/505928.
- Ballesteros, R. F. (2002). *Vivir con vitalidade*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Ballesteros, R. F. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicologia*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Ballesteros, R. F., Caprara, M. G., García, L. F. (2004). Vivir con vitalidad-m: Un programa europeo multimédia. *Intervención Psicosocial*, 13(1), 63-85.
- Ballesteros, R. F., Caprara, M., Schettini, R., Bustilos, A., Mendoza-Nunez, V., Orosa, T. et al. (2013). Effects of university programs for older adults: Changes in cultural and group stereotype, self-perception of aging, and emotional balance. *Educational Gerontology*, 39, 119-131. doi: 10.1080/03601277.2012.699817.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626. doi: 10.1037/0012-1649.23.5.611.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful Aging* (pp.1-34). New York: Cambridge University Press.
- Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H. M., Hickey, A., & Conroy, R. M. (2007). Cross-sectional validation of the aging perceptions questionnaire: A multidimensional instrument for self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7(9), 1-13. doi:10.1186/1471-2318-7-9.
- Barron-Epel, O., & Kaplan, G. (2001). General subjective health status or age-related subjective health status: Does it make a difference? *Social Science & Medicine*, 53, 1373-1381. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00426-3.
- Barros de Oliveira, J. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*, (4ª ed.). Porto: LivPsic.
- Bergland, A., Nocolaisen, M., & Thorsen, K. (2014). Predictors of subjective age in people aged 40-79 years: A five-year follow-up study. The impact of mastery,

- mental and physical health. *Aging and Mental Health*, 18(5), 653-661. doi: 10.1080/13607863.2013.869545.
- Botelho, M. A. (2000). *Autonomia funcional em idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto: Edições Bial.
- Brach, J. S., Simensick, E. M., Kritchevsky, S., Yaffe, K., & Newman, A. B. (2004). The Association Between Physical Function and Lifestyle Activity and Exercise in the Health, Aging and Body Composition Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 502-509. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52154.x.
- Brown, E., Jackson, J. S., & Faison, N. A. (2006). The work and retirement experiences of aging black Americans. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 26, 39-60.
- Caspersen, Powell, & Christenson (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Cavanaugh, J. C. (1997). *Adult development and aging*, (3<sup>a</sup> ed.). Pacific Grove: Brooks Cole Publishing Company.
- Codina, N., Pestana, J. V., & Armadans, I. (2013). Physical activity (PA) among middle-aged women: Initial and current influences and patterns of participation. *Journal of Women & Aging*, 25, 260-272. doi: 10.1080/08952841.2013.791605.
- Cohler, B. J., & Hostetler, A. J. (2006). Gay lives in the third age: Possibilities and paradoxes. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 26, 263-281.
- Daatland, S. O. (2007). Age identifications. In R. F. Ballesteros (Ed.), *Geropsychology: European perspectives for an aging world* (pp. 31-48). Cambridge: Hogrefe.
- Demakakos, P., Gjonca, E., Nazroo, A. J. (2007). Age identity, age perceptions, and health: Evidence from the English longitudinal study of ageing. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1114, 279-287. doi: 10.1196/annals.1396.021.
- Duarte Silva, M. E. (2005). Saúde mental e idade avançada. Uma perspectiva abrangente. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.137-156). Lisboa: Climepsi Editores.

- Erikson, E. (1998). The ninth stage. In *The life cycle completed* (pp. 105-114). New York: W.W. Norton & Company.
- Erikson, E., Erikson, J., & Kivnick, H. (1986). *Vital involvement in old age*. New York: W.W. Norton & Company.
- Eriksson, I., Undén, A., & Elofsson, S. (2001). Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *International Journal of Epidemiology*, 30, 326-333. doi: 10.1093/ije/30.2.326.
- Fagulha, T. (2005). A meia-idade da mulher. *Psicologia*, 19(1/2), 13-17.
- Fagulha, T. (2009). A meia-idade e a meia-idade no feminino. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 41, 15-44.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13(4), 531-543. doi: 10.1037/0882-7974.13.4.531.
- Hummert, M. L. (1990). Multiple stereotypes of elderly and young adults: A comparison of structure and evaluations. *Psychology and Aging*, 5(2), 182-193. doi: 10.1037/0882-7974.5.2.182.
- INE (2010). Homens e mulheres em Portugal – Men and women in Portugal. Retirado de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=87769374&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=87769374&PUBLICACOESmodo=2).
- INE (2011). Censos 2011 – resultados provisórios. Retirado de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2).
- INE (2012). Censos 2011 resultados definitivos – Portugal. Retirado de [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2).
- INE (2013). Tábua Completa de Mortalidade para Portugal 2010 – 2012. Retirado de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=151972461&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=151972461&DESTAQUESmodo=2).
- Kaufman, G., Elder Jr., G. H. (2002). Revisiting age identity: A research note. *Journal of Aging Studies*, 16, 169-176. doi: 10.1016/S0890-4065(02)00042-7.

- Kleinspehn-Ammerlahn, A., Kotter-Grühn, D., & Smith, J. (2008). Self-perceptions of aging: Do subjective age and satisfaction with aging change during old age?. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 63B(6), 377-385.
- Klusmann, V., Evers, A., Schwarzer, R., & Heuser, I. (2011). Views on aging and emotional benefits of physical activity: Effects of an exercise intervention in older women. *Psychology of Sports and Exercise*, 13, 236-242. doi: 10.1016/j.psychsport.2011.11.001.
- Koropecjy-cox, T., Pienta, A. M., & Brown, T. H. (2007) Women of the 1950s and the “normative” life course: The implications of childlessness, fertility timing, and marital status for psychological well-being in late midlife. *International Journal of Aging and Human Development*, 64(4), 299-330. doi: 10.2190/8PTL-P745-58U1-3330.
- Kotter-Grühn, D., & Hess, T. M. (2012). The impact of age stereotypes on self-perceptions of aging across the adult lifespan. *The Journal of Gerontology, Series B: Psychology Sciences and Social Sciences*, 67(5), 563-571. doi: 10.1093/geronb/gbr153.
- Kotter-Grühn, D., Kleinspehn-Ammerlahn, A., Gertorf, D., & Smith, J. (2009). Self-perceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16-year longitudinal results from the Berlin aging study. *Psychology and Aging*, 24(3), 654-667. doi: 10.1037/a0016510.
- Leinonen, R., Heikkinen, E., & Jylhä, M. (2001). Predictors of decline in self-assessments of health among older people – A 5 year longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 52, 1329-1341. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00249-5.
- Leventhal, H., Rabin, C., Leventhal, E., & Burns, E. (2001). Health risk behaviors and aging. In J. Birren & K. Schaine (2001), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 186-214). London: Academic Press.
- Levy, B. R., & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, 39, 625-629. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.02.029
- Levy, B. R., Slade, M. D., & Kasl, S. V. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B(5), 409-417. doi: 10.1093/geronb/57.5.

- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261-270. doi: 10.1037//0022-3514.83.2.261. 261.
- Lidz, T. (1980). Phases of adult life: An overview. In W. H. Norman & T. J. Scaramella (Eds.), *Mid-life: Developmental and clinical issues* (pp. 20-38). New York: Brunner/Mazel.
- Maughan & Champion (1990). Risk and protective factors in the transition to young adulthood. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful Aging* (pp. 296-331). New York: Cambridge University Press.
- Mead, G. H. (1967). *Mind, self, and society: From the standpoint of a social, behaviorist*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Meisner, B. A., Weir, P. L., & Baker, J. (2013). The relationship between aging expectations and various modes of physical activity among aging adults. *Psychology of Sport and Exercise*, 14, 569-576. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0204.x.
- Montepare, J. M., & Lachman, M. E. (1989). "You're only as old as you feel": Self-perceptions of age, fears of aging, and life satisfaction from adolescence to old age. *Psychology and Aging*, 4(1), 73-78. doi: 10.1037/0882-7974.4.1.73.
- Ocampo, J. M. (2010). Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colômbia Médica*, 41(3), 275-289.
- OMS (2002a). *Active ageing: A policy framework*. Retirado de [http://www.who.int/ageing/publications/active\\_ageing/en/](http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/).
- OMS (2002b). *Global Physical Activity Questionnaire*. Retirado de [http://www.who.int/chp/steps/resources/GPAQ\\_Analysis\\_Guide.pdf](http://www.who.int/chp/steps/resources/GPAQ_Analysis_Guide.pdf).
- OMS (2011). *Global health and aging*. Retirado de [http://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf).
- OMS (2012). *Good health adds life to years - Global brief for world health day 2012*. Retirado de [http://www.who.int/ageing/publications/whd2012\\_global\\_brief/en/](http://www.who.int/ageing/publications/whd2012_global_brief/en/).
- Paúl, C., & Fonseca, A. (1999). A saúde e a qualidade de vida nos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3(2), 345-362.
- Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16(3), 414-426. doi: 10.1037//0882-7974.16.3.414.

- Pinquart, M. (2002). Good stereotypes about the effects of bad old-age stereotypes. *Experimental Aging Research*, 28, 317-336. doi: 10.1080=03610730290080353. 317.
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee (2008). *2008 Physical Activity Guidelines for Americans*. Retirado de <http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/#toc>.
- Rennemark, M., & Hagberg, B. (1999). What makes old people perceive symptoms of illness? The impact of psychological and social factors. *Aging and Mental Health*, 3(1), 79-87. doi: 10.1080/13607869956460.
- Ron, P. (2007). Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: The role of cognitive dissonance. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 656-662. doi: 10.1002/gps.1726.
- Rothermund, K., & Brandstädter, J. (2003). Age stereotypes and self-views in later life: Evaluation rival assumptions. *International Journal of Behaviour Development*, 27(6), 549-554. doi: 10.1080/01650250344000208.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. doi: 10.1093/geront/37.4.433.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. Dell Publishing: New York.
- Rudinger, G., & Thomae, H. (1990). The Bonn Longitudinal Study of Aging: Coping, life adjustment, and life satisfaction. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful Aging* (pp. 265-295). New York: Cambridge University Press.
- Sargent-Cox, K. A., Anstey, k. J., & Luszcz, M. A. (2012a). Change in health and self-perceptions of aging over 16 years: The role of psychological resources. *Health Psychology*, 31(4), 423-432. doi: 10.1037/a0027464.
- Sargent-Cox, K. A., Anstey, k. J., & Luszcz, M. A. (2012b). The relationship between change in self-perceptions of aging and physical functioning in older adults. *Psychology and Aging*, 27(3), 750-760. doi: 10.1037/a0027578.
- Sargent-Cox, K. A., Anstey, k. J., & Luszcz, M. A. (2013). Longitudinal change of self-perceptions of aging and mortality. *Journal of Gerontology*, 69(2), 168-73. doi: 10.1093/geronb/gbt005.

- Sarkisian, C. A., Ron, D. H., & Mangione, C. M. (2002). Do older adults expect to age successfully? The association between expectations regarding aging and beliefs regarding healthcare seeking among older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(11), 1837-1843. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50513.x.
- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist*, 51(7), 702-714. doi: 10.1093/geront/37.4.433.
- Sherman, S. R. (1994). Changes in age identity: Self perceptions in middle and late life. *Journal of aging studies*, 8(4), 397-412. doi: 10.1016/0890-4065(94)90011-6.
- Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (2006). *Projecto DIA – Da Incapacidade à Actividade: o desafio do envelhecimento*.
- Uotinen, V., Rantanen, T., Suutama, T., & Ruoppila, I. (2006). Change in subjective age among older people over an eight-year follow-up: Getting older and feeling younger? *Experimental Aging Research*, 32, 381-393. doi: 10.1080/03610730600875759.
- Vaillant, G. E. (1990). Avoiding negative life outcomes: Evidence from a forty-five year study. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful Aging* (pp. 332-358). New York: Cambridge University Press.
- Ward, R. A. (2010). How old am I: perceived age in middle and later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 71(3), 167-184. doi: 10.2190/AG.71.3.a.
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (2000). *SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide*. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated. (Publicação original 1993).
- Wurm, S., Tomasik, M. J., & Tesch-Römer, C. (2008). Serious health events and their impact on changes in subjective and life satisfaction: The role of age and positive view on ageing. *European Journal of Aging*, 5, 117-127. doi: 10.1007/s10433-008-0077-5.
- Wurm, S., Wolff, J., & Schüz, B. (2014). Primary care supply moderates the impact of diseases on self-perceptions of aging. *Psychology and Aging*, 29(2), 351-358. doi: 10.1037/a0036248.



## **ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**Questionário Sociodemográfico**

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Data de aplicação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

1. Idade cronológica: \_\_\_\_\_

Idade que sente que tem: \_\_\_\_\_

Idade que gostaria de ter: \_\_\_\_\_

2. Nacionalidade:

\_\_\_\_\_

3. Naturalidade:

\_\_\_\_\_

4. Área de residência:

\_\_\_\_\_

5. Sexo: F ☐

M ☐

6. Escolaridade:

Ausência de escolaridade ☐

Ensino básico incompleto ☐

Ensino básico completo ☐

Ensino Secundário incompleto ☐

Ensino Secundário completo ☐

Curso médio ☐

Curso Superior ☐

Outro ☐ Qual \_\_\_\_\_.

**7. Atividade Profissional** (se é reformado (a), indique a profissão anterior e há quanto tempo passou à reforma)

Reformado (a): **Sim** ☐ **Não** ☐

Se **Sim**, há quantos anos? \_\_\_\_\_.

Profissão anterior:\_\_\_\_\_.

**8. Estado Civil:**

Solteiro (a) ☐

Casado ou vivendo como tal ☐

Viúvo (a) ☐ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_.

Divorciado ou separado (a) ☐

**9. Agregado familiar atual:**

Vive só ☐

Vive com o cônjuge ☐

Vive com o cônjuge e terceiros ☐

Vive com terceiros ☐

Vive numa instituição ☐

Outro ☐ Qual \_\_\_\_\_.

**10. Está satisfeito (a) com essa situação?**

**Sim** ☐ **Não** ☐

**11. Tem o apoio de familiares?**

**Sim** ☐ **Não** ☐

**12. Parentalidade:**

Tem filhos?

**Sim** ☐ **Não** ☐

Se **Sim**, quantos? \_\_\_\_\_.

**13. Situação económica:**

- Muito satisfatória ☐
- Satisfatória ☐
- Pouco satisfatória ☐
- Nada satisfatória ☐

**14. Participação em atividades:**

- Centradas na vida doméstica/familiar ☐
- Frequenta centro de dia ☐
- Frequenta universidade da terceira idade ☐
- Frequenta grupos recreativos na igreja ☐
- Centradas nos amigos (as) ☐
- Outro ☐ Qual \_\_\_\_\_.

**15. Relações Interpessoais:****- Relações familiares (grau de contacto):**

- Muito frequente ☐
- Frequente ☐
- Ocasional ☐
- Inexistente ☐

**- Relações familiares (qualidade):**

- Muito satisfatórias ☐
- Satisfatórias ☐
- Pouco satisfatórias ☐
- Nada satisfatórias ☐

**- Relações de amizade (grau de contacto):**

- |                 |                          |
|-----------------|--------------------------|
| Muito frequente | <input type="checkbox"/> |
| Frequente       | <input type="checkbox"/> |
| Ocasional       | <input type="checkbox"/> |
| Inexistente     | <input type="checkbox"/> |

**- Relações de amizade (qualidade):**

- |                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| Muito satisfatórias | <input type="checkbox"/> |
| Satisfatórias       | <input type="checkbox"/> |
| Pouco satisfatórias | <input type="checkbox"/> |
| Nada satisfatórias  | <input type="checkbox"/> |

**17. Tem um confidente?**

- |     |                          |
|-----|--------------------------|
| Sim | <input type="checkbox"/> |
| Não | <input type="checkbox"/> |

**18. Crenças e práticas religiosas:**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Sem crença religiosa   | <input type="checkbox"/> |
| Com crença religiosa e sem práticas religiosas   | <input type="checkbox"/> |
| Com crença e práticas religiosas “privadas” (por exemplo: orações, leitura)              | <input type="checkbox"/> |
| Com crença e práticas religiosas “públicas” (por exemplo: celebrações, missas, festejos) | <input type="checkbox"/> |
| Com crença e práticas religiosas “públicas” e “privadas”                                 | <input type="checkbox"/> |

**OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!**

**ANEXO 2**  
**Questionário de Atividade Física e Saúde**

## **QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE**

**Instruções:** As questões que se seguem dizem respeito à forma como se sente e avalia a sua saúde e condição física. Pede-se que leia com atenção e tente responder, na medida do possível, da forma mais adequada à sua realidade. Não existindo respostas certas ou erradas, selecione apenas uma alínea em cada questão não deixando, por favor, nenhuma pergunta por responder.

### **1. Em geral, classifica a sua condição física como:**

- |              |                          |
|--------------|--------------------------|
| Muito boa.   | <input type="checkbox"/> |
| Boa.         | <input type="checkbox"/> |
| Razoável.    | <input type="checkbox"/> |
| Fraca.       | <input type="checkbox"/> |
| Muito Fraca. | <input type="checkbox"/> |

### **2. Comparativamente com a maioria das pessoas da sua idade e sexo, como classifica a sua condição física?**

- |               |                          |
|---------------|--------------------------|
| Muito melhor. | <input type="checkbox"/> |
| Melhor.       | <input type="checkbox"/> |
| Idêntica.     | <input type="checkbox"/> |
| Pior.         | <input type="checkbox"/> |
| Muito pior.   | <input type="checkbox"/> |
| Não sabe.     | <input type="checkbox"/> |

### **3. Normalmente, quantos dias por semana realiza atividades que exijam um esforço físico mais intenso, tal como correr, levantar objetos pesados, praticar um desporto ou frequentar um ginásio?**

Nenhum	Um	Dois	Três	Quatro	Cinco	Seis	Sete
0	1	2	3	4	5	6	7

Se respondeu nenhum (0) avance para a questão 5, se selecionou qualquer uma das restantes opções prossiga para a questão 4.



**4. Quanto tempo, por dia, dedica a essa atividade?**

Menos de trinta minutos. ☐

Trinta minutos. ☐

Mais de trinta minutos. ☐

Uma hora. ☐

Mais de uma hora. ☐

**5. Normalmente, quantos dias por semana realiza atividades que exijam um esforço moderado, tal como fazer caminhadas, praticar hidroginástica ou andar de bicicleta.**

Nenhum	Um	Dois	Três	Quatro	Cinco	Seis	Sete
0	1	2	3	4	5	6	7

Se respondeu nenhum (0) avance para a questão 7, se seleccionou qualquer uma das restantes opções prossiga para a questão 6.

**6. Quanto tempo, por dia, dedica a essa atividade?**

Menos de trinta minutos. ☐

Trinta minutos. ☐

Mais de trinta minutos. ☐

Uma hora. ☐

Mais de uma hora. ☐

**7. Indique o grau de capacidade para cada uma das seguintes atividades. Nos casos em que tem dificuldades, indique, por favor, o tipo de apoio de que dispõe e quem o fornece. Note que a opção *totalmente dependente* engloba todas as situações em que a pessoa é incapaz de desempenhar as atividades estando dependente de terceiros.**

	Atividades da vida diária	Não tem dificuldade	Tem alguma dificuldade	Tem muita dificuldade	Está totalmente dependente	Que tipo de apoio tem e/ou quem o fornece?
Atividades Pessoais da Vida Diária	1. Higiene pessoal (tomar banho, lavar a cara, as mãos, pentear-se, etc.).	1	2	3	4	
	2. Vestir-se (colocar a roupa, abotoar os botões, apertar os atacadores).	1	2	3	4	
	3. Ir à casa de banho (utilizar a sanita).	1	2	3	4	
	4. Controlar esfíncteres (urina e fezes).	1	2	3	4	
	5. Comer (cortar os alimentos, beber água, comer a sopa, etc.).	1	2	3	4	
	6. Deslocar-se (sem apoio de bengala, muletas, andarrilho, cadeira de rodas).	1	2	3	4	
	7. Apanhar objetos do chão.	1	2	3	4	
	8. Deitar-se e levantar-se da cama ou do sofá.	1	2	3	4	
	9. Subir e descer escadas.	1	2	3	4	
	10. Andar mais de 1 km.	1	2	3	4	
Atividades Instrumentais da Vida Diária	11. Efetuar trabalhos domésticos (varrer, meter a mesa, lavar a loiça, etc.).	1	2	3	4	
	12. Preparar refeições (aquecer água, usar o fogão).	1	2	3	4	
	13. Tomar a medicação sozinho.	1	2	3	4	
	14. Gerir o dinheiro.	1	2	3	4	
	15. Utilizar o telefone.	1	2	3	4	
	16. Ir às compras.	1	2	3	4	
	17. Tratar de assuntos administrativos ou ir a uma consulta médica.	1	2	3	4	
	18. Utilizar os meios de transporte.	1	2	3	4	
	19. Andar na rua.	1	2	3	4	

**8. Teve dores corporais durante as últimas quatro semanas?**

- |                  |                          |                            |
|------------------|--------------------------|----------------------------|
| Não, nenhuma.    | <input type="checkbox"/> | (avance para a questão 10) |
| Sim, mas poucas. | <input type="checkbox"/> | (avance para a questão 9)  |
| Sim, algumas.    | <input type="checkbox"/> | (avance para a questão 9)  |
| Sim, bastantes.  | <input type="checkbox"/> | (avance para a questão 9)  |

**9. Essas dores interferiram nas suas atividades/trabalho?**

- |                |                          |
|----------------|--------------------------|
| Não.           | <input type="checkbox"/> |
| Sim, um pouco. | <input type="checkbox"/> |
| Sim.           | <input type="checkbox"/> |
| Sim, bastante. | <input type="checkbox"/> |

**10. Considerando agora o seu estado geral de saúde, como o classifica neste último mês?**

- |            |                          |
|------------|--------------------------|
| Muito bom. | <input type="checkbox"/> |
| Bom.       | <input type="checkbox"/> |
| Razoável.  | <input type="checkbox"/> |
| Fraco.     | <input type="checkbox"/> |
| Mau.       | <input type="checkbox"/> |

**11. Neste último mês, como classifica a sua saúde, comparada com há um ano?**

- |               |                          |
|---------------|--------------------------|
| Muito melhor. | <input type="checkbox"/> |
| Melhor.       | <input type="checkbox"/> |
| Idêntica.     | <input type="checkbox"/> |
| Pior.         | <input type="checkbox"/> |
| Muito pior.   | <input type="checkbox"/> |
| Não sabe.     | <input type="checkbox"/> |

**12. Neste último mês, como classifica a sua saúde, comparando com pessoas da sua idade e sexo?**

- |               |                          |
|---------------|--------------------------|
| Muito melhor. | <input type="checkbox"/> |
| Melhor.       | <input type="checkbox"/> |
| Idêntica.     | <input type="checkbox"/> |
| Pior.         | <input type="checkbox"/> |
| Muito pior.   | <input type="checkbox"/> |
| Não sabe.     | <input type="checkbox"/> |

**13. No seu dia-a-dia, utiliza objetos, como óculos, lentes de contacto, aparelho auditivo, bengala, andarilho, muletas ou cadeira de rodas, que o ajudem nas suas atividades diárias?**

- Sim. ☐ Especifique: \_\_\_\_\_
- Não. ☐

**14. Tem algum(s) problema(s) de saúde que interfira na realização das suas atividades (profissionais ou de trabalho doméstico)?**

- Sim. ☐ (avance para a questão 15)
- Não. ☐ (avance para a questão 16)

**15. Já consultou um médico por causa desse(s) problema(s)?**

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| Sim, no último mês.       | <input type="checkbox"/> |
| Sim, nos últimos 6 meses. | <input type="checkbox"/> |
| Sim, há mais de 6 meses.  | <input type="checkbox"/> |
| Não.                      | <input type="checkbox"/> |

**16. Actualmente tem algum problema de saúde que dure há mais de três meses e tenha sido diagnosticado pelo médico?**

Sim.

☐

Não.

☐

Se sim, especifique qual ou quais. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**17. Por favor, indique em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.**

	Completamente Verdade	Verdade	Não sei	Falso	Completamente Falso
Adoeço mais facilmente que as outras pessoas do meu sexo e idade.	1	2	3	4	5
Sou tão saudável como qualquer outra pessoa do meu sexo e idade.	1	2	3	4	5
Estou convencido (a) que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
Considero que a minha saúde é ótima.	1	2	3	4	5

**OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!**